



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **2024 Formulário: Lista de Medicamentos Abrangidos**

Mensagem importante sobre o que se paga pelas vacinas – Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D sem qualquer custo para si.

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos através do número de telefone 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, aos sábados ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não foram feitas alterações desde **20/06/2024**.

H9576_PhmdrugList24 Approved 7/25/2023

Last Updated: June 2024 Formulary ID: 00024222 Version: 13

Neighborhood INTEGRITY| 2024 *Lista de Medicamentos Cobertos* (Formulário)

Introdução

Este documento tem o nome de *Lista de Medicamentos Cobertos* (também conhecido como Lista de Medicamentos) Indica quais os medicamentos prescritos e vendidos sem receita médica e que itens são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. A Lista de Medicamentos também o informa se existem regras ou restrições especiais sobre quaisquer medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Os termos chave e as suas definições aparecem no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Isenção de responsabilidade	4
B. Perguntas frequentes (FAQ).....	4
B1. Que medicamentos prescritos estão na <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> ? (Chamamos à <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> a "Lista de Medicamentos", para abreviar).	4
B2. A Lista de Medicamentos é alterada?	5
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?.....	6
B4. Existem restrições ou limites à cobertura de medicamentos ou quaisquer ações necessárias para obter determinados medicamentos?	7
B5. Como saberei se o medicamento que pretendo tem limites ou se são necessárias ações para o obter?.....	8
B6. O que acontece se o Neighborhood INTEGRITY alterar as suas regras relativamente a alguns medicamentos (por exemplo, PA (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas)?	8
B7. Como posso encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?.....	8
B8. E se o medicamento que pretendo tomar não constar da Lista de Medicamentos?	8
B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver um problema em obter o meu medicamento?	9
B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?	10

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B11. Como posso pedir uma exceção?	10
B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?	10
B13. O que são os medicamentos genéricos?	10
B14. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?.....	11
B16. Qual é o meu copagamento?	11
B17. O que são níveis de medicamentos?	11
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	11
C1. Medicamentos agrupados por condição médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	174



A. Isenção de responsabilidade

Esta é uma lista de medicamentos que os Membros podem obter no Neighborhood INTEGRITY.

- ❖ O Neighborhood INTEGRITY é um plano de saúde que tem acordo com a Medicare e com a Medicaid de Rhode Island para fornecer benefícios de ambos aos programas aos inscritos.
- ❖ Pode sempre verificar a *Lista de Medicamentos Cobertos* do Neighborhood INTEGRITY online através da página www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Este documento pode ser obtido gratuitamente noutros formatos, como impressão em caracteres grandes, braille ou áudio. Contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. A chamada é gratuita.
- ❖ Pode pedir para receber este documento e futuros materiais na sua língua preferida e/ou num formato alternativo, telefonando para os Serviços dos Membros. É o que se designa por "pedido permanente". Os Serviços dos Membros documentarão o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro na sua língua e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido de permanência em qualquer altura, contactando os Serviços dos Membros.

B. Perguntas frequentes (FAQ)

Encontre aqui as respostas para as perguntas que tem sobre a *Lista de Medicamentos Cobertos*. Pode ler todas as FAQ para saber mais ou procurar uma pergunta e resposta.

B1. Que medicamentos prescritos estão na *Lista de Medicamentos Cobertos*? (Chamamos à *Lista de Medicamentos Cobertos* a "**Lista de Medicamentos**", para abreviar).

Os medicamentos na *Lista de Medicamentos Cobertos*, que começa na página **14** são medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Estes medicamentos estão disponíveis nas farmácias da nossa rede. Uma farmácia faz parte da nossa rede se tivermos um acordo com ela para trabalhar connosco e prestar-lhe serviços. Referimo-nos a estas farmácias como "farmácias da rede".

- O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir todos os medicamentos medicamente necessários na Lista de Medicamentos se:
 - o seu médico ou outro prescritor indicar que precisa deles para melhorar ou manter-se saudável, e

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- se aviar a receita numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.
- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para aceder a determinados medicamentos (consulte a pergunta B4 abaixo).

Também pode consultar uma lista atualizada dos medicamentos abrangidos no nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITY ou contactar os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

B2. A Lista de Medicamentos é alterada?

Sim, e o Neighborhood INTEGRITY deve seguir as regras do Medicare e do Medicaid de Rhode Island ao efetuar alterações. Podemos acrescentar ou retirar medicamentos da Lista de Medicamentos ao longo do ano.

Podemos também alterar as nossas regras em matéria de medicamentos. Por exemplo, podemos:

- Decidir exigir ou não exigir autorização prévia (PA) ou aprovação para um medicamento. (PA é uma autorização do Neighborhood INTEGRITY antes de se poder obter um medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de um medicamento que pode obter (os chamados limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas de um medicamento. (A terapia por etapas significa que tem de experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

Para mais informações sobre estas regras relativas aos medicamentos, consulte a pergunta B4.

Se estiver a tomar um medicamento que estava coberto no **início** do ano, geralmente não removeremos ou alteraremos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, exceto se:

- um medicamento novo e mais barato é lançado no mercado e funciona tão bem como um medicamento atualmente incluído na Lista de Medicamentos, **ou**
- ficamos a saber que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento é retirado do mercado.

As perguntas B3 e B6 abaixo contêm mais informações sobre o que acontece quando a Lista de Medicamentos é alterada.

- Pode sempre consultar a Lista de Medicamentos atualizada do Neighborhood INTEGRITY online em www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Também pode contactar os Serviços dos Membros para verificar a Lista de Medicamentos atual através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?

Algumas alterações à Lista de Medicamentos serão efetuadas **imediatamente**. Por exemplo:

- **Um novo medicamento genérico fica disponível.** Por vezes, surge no mercado um novo medicamento genérico que funciona tão bem como um medicamento de marca que consta atualmente da Lista de Medicamentos. Quando isso acontece, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionamos o novo medicamento genérico, também podemos decidir manter o medicamento de marca na lista, mas alterar as suas regras ou limites de cobertura.
 - Poderemos não o informar antes de efetuarmos esta alteração, mas enviar-lhe-emos informações sobre a alteração específica que efetuámos assim que esta ocorrer.
 - O utente ou o seu fornecedor podem solicitar uma exceção a estas alterações. Enviar-lhe-emos um aviso com os passos que pode seguir para pedir uma exceção. Para mais informações sobre as exceções, consulte a pergunta B10.
- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) disser que um medicamento que está a tomar não é seguro ou se o fabricante do medicamento o retirar do mercado, retirá-lo-emos da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar o medicamento, informá-lo-emos. Enviar-lhe-emos uma carta com conselhos sobre como fazer o acompanhamento com o seu fornecedor e farmacêutico.

Podemos fazer outras alterações que afetem os medicamentos que toma. Informá-lo-emos antecipadamente sobre estas outras alterações à Lista de Medicamentos. Estas alterações podem ocorrer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou existirem novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.
- Adicionarmos um medicamento genérico que não é novo no mercado e
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente incluído na Lista de Medicamentos **ou**
 - Alterarmos as regras ou limites de cobertura do medicamento de marca.

Quando estas mudanças acontecerem, iremos:

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Informá-lo pelo menos 30 dias antes de efetuarmos a alteração à Lista de Medicamentos **ou**
- Informá-lo e dar-lhe um fornecimento para 30 dias do medicamento depois de pedir um reabastecimento.

Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Eles podem ajudá-lo a decidir:

- Se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que possa tomar em vez desse medicamento **ou**
- Se deve pedir uma exceção a estas alterações. Para saber mais sobre as exceções, consulte a pergunta B10.

B4. Existem restrições ou limites à cobertura de medicamentos ou quaisquer ações necessárias para obter determinados medicamentos?

Sim, alguns medicamentos têm regras de cobertura ou têm limites para a quantidade que pode obter. Nalguns casos, o utente, o seu médico ou outro prescritor têm de fazer algo antes de poder obter o medicamento. Por exemplo:

- **Autorização prévia (PA) ou aprovação:** Para alguns medicamentos, o utente ou o seu médico ou outro prescritor deve obter uma PA do Neighborhood INTEGRITY antes de aviar a sua receita. O Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento se não obtiver aprovação.
- **Limites de quantidade:** Por vezes, o Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade de um medicamento que se pode obter.
- **Terapia por etapas:** Por vezes, o Neighborhood INTEGRITY exige que se faça uma terapia por etapas. Isto significa que terá de experimentar medicamentos numa determinada ordem para a sua condição médica. Poderá ter de experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento. Se o seu médico considerar que o primeiro medicamento não funciona para si, então cobriremos o segundo.

Para saber se o seu medicamento tem requisitos ou limites adicionais, consulte os quadros das páginas **14-173**. Também pode obter mais informações visitando o nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicámos documentos online que explicam as nossas restrições de PA e terapia por etapas. Pode também pedir-nos que lhe enviemos uma cópia.

Pode solicitar uma exceção a estes limites. Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Podem ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que possa tomar em vez desse medicamento ou se deve pedir uma exceção. Consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre as exceções.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B5. Como saberei se o medicamento que pretendo tem limites ou se são necessárias ações para o obter?

O quadro de medicamentos na página **14** tem uma coluna intitulada "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização".

B6. O que acontece se o Neighborhood INTEGRITY alterar as suas regras relativamente a alguns medicamentos (por exemplo, PA (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas)?

Em alguns casos, informá-lo-emos antecipadamente se adicionarmos ou alterarmos PA, limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas de um medicamento. Consulte a pergunta B3 para obter mais informações sobre este aviso prévio e as situações em que podemos não ser capazes de o informar antecipadamente quando mudam as nossas regras sobre os medicamentos da Lista de Medicamentos.

B7. Como posso encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?

Há duas maneiras de encontrar um medicamento:

- Pode pesquisar por ordem alfabética pelo nome do medicamento, **ou**
- Pode pesquisar por condição médica.

Para pesquisar **por ordem alfabética**, consulte a secção Índice dos Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-la na página **174**.

Para pesquisar **por condição médica**, procure a secção intitulada "Medicamentos agrupados por condição médica" na página **14**. Os medicamentos desta secção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas que são utilizadas para tratar. Por exemplo, se sofre de uma doença cardíaca, deve procurar na categoria **Cardiovascular**. É aí que se encontram os medicamentos que tratam os problemas cardíacos.

B8. E se o medicamento que pretendo tomar não constar da Lista de Medicamentos?

Se não encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos, contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) e pergunte. Se souber que o Neighborhood INTEGRITY não irá cobrir o medicamento, pode fazer uma destas coisas:

- Peça aos Serviços dos Membros uma lista de medicamentos como o que pretende tomar. Depois, mostre a lista ao seu médico ou a outro prescritor. O médico pode prescrever um medicamento da Lista de Medicamentos que seja semelhante ao que pretende tomar. **Ou**

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Pode pedir ao plano de saúde que abra uma exceção para cobrir o seu medicamento. Consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre as exceções.

B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver um problema em obter o meu medicamento?

Nós podemos ajudar. Podemos cobrir um fornecimento temporário de 30 dias do seu medicamento da Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto pelo Medicaid de Rhode Island durante os primeiros 90 dias em que é membro do Neighborhood INTEGRITY. Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Podem ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que possa tomar em vez desse medicamento ou se deve pedir uma exceção.

Se a sua receita for passada para menos dias, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 30 dias de medicação.

Cobriremos um fornecimento de 30 dias do seu medicamento da Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto pelo Medicaid de Rhode Island se:

- está a tomar um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos, **ou**
- as regras do plano de saúde não lhe permitem receber a quantidade pedida pelo seu prescritor, **ou**
- o medicamento requer PA pelo Neighborhood INTEGRITY, **ou**
- está a tomar um medicamento que faz parte de uma restrição da terapia por etapas.

Se estiver num lar de idosos ou noutra estabelecimento de cuidados prolongados e precisar de um medicamento que não conste da Lista de Medicamentos ou se não conseguir obter facilmente o medicamento de que necessita, nós podemos ajudar. Se estiver inscrito no plano há mais de 90 dias, viver num centro de cuidados prolongados e necessitar de um fornecimento imediato:

- Cobriremos um fornecimento de 31 dias do medicamento que precisa (a menos que tenha uma receita para menos dias), quer seja ou não um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY.
- Isto para além do fornecimento temporário durante os primeiros 90 dias em que é Membro do Neighborhood INTEGRITY.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



As transições de Nível de Cuidados são permitidas para membros com alta de um centro de cuidados prolongados nos últimos 30 dias. Cobriremos um fornecimento cumulativo de 30 dias do medicamento que precisa, quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

As transições de Nível de Cuidados também são permitidas para membros admitidos numa unidade de cuidados prolongados nos últimos 30 dias. Cobriremos um fornecimento cumulativo de 31 dias do medicamento que precisa (os limites de abastecimento são aplicáveis a certos medicamentos de marca), quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?

Sim. Pode pedir ao Neighborhood INTEGRITY para abrir uma exceção para cobrir um medicamento que não esteja na Lista de Medicamentos.

Pode também pedir-nos para alterar as regras relativas ao seu medicamento.

- Por exemplo, o Neighborhood INTEGRITY pode limitar a quantidade de um medicamento que cobriremos. Se o seu medicamento tiver um limite, pode pedir-nos para alterar o limite e cobrir mais.
- Outros exemplos: Pode pedir-nos para eliminar as restrições de terapia por etapas ou os requisitos de PA.

B11. Como posso pedir uma exceção?

Para pedir uma exceção, ligue para os Serviços dos Membros. Os Serviços dos Membros trabalharão consigo e com o seu fornecedor para o ajudar a pedir uma exceção. Pode também ler o Capítulo 9 do *Manual dos Membros* para saber mais sobre as exceções.

B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?

Depois de recebermos uma declaração do seu prescritor a apoiar o seu pedido de exceção, dar-lhe-emos uma decisão no prazo de 72 horas. O seu prescritor deve enviar a declaração por fax para o número 1-855-829-2875.

Se o utente ou o seu prescritor considerarem que a sua saúde pode ser prejudicada se tiver de esperar 72 horas por uma decisão, pode solicitar uma exceção acelerada. Trata-se de uma decisão mais rápida. Se o seu prescritor apoiar o seu pedido, dar-lhe-emos uma decisão no prazo de 24 horas após a receção da declaração de apoio do seu prescritor.

B13. O que são os medicamentos genéricos?

Os medicamentos genéricos são compostos pelos mesmos ingredientes ativos que os medicamentos de marca. Normalmente, custam menos do que os medicamentos de marca e não têm nomes bem conhecidos. Os medicamentos genéricos são aprovados pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA).

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



O Neighborhood INTEGRITY cobre tanto os medicamentos de marca como os genéricos.

B14. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?

OTC significa "medicamento de venda livre" (over-the-counter). O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns medicamentos OTC quando são escritos como prescrições pelo seu fornecedor.

Pode ler a Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para saber quais os medicamentos OTC cobertos.

B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns produtos OTC não medicamentosos quando são escritos como prescrições pelo seu fornecedor.

Exemplos de produtos OTC não medicamentosos incluem certos produtos para análise de urina ou de sangue, certos agentes aromatizantes ou corantes que podem ser adicionados a medicamentos líquidos e certas bases de creme utilizadas para a composição.

Pode ler a Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para saber que produtos OTC não medicamentosos estão cobertos.

B16. Qual é o meu copagamento?

Como Membro do Neighborhood INTEGRITY, não tem copagamento para medicamentos prescritos e OTC, desde que siga as regras do Neighborhood INTEGRITY.

B17. O que são níveis de medicamentos?

Os níveis são grupos de medicamentos da nossa Lista de Medicamentos.

- Os medicamentos do nível 1 são medicamentos genéricos.
 - Os medicamentos do nível 2 são medicamentos genéricos.
 - Os medicamentos do nível 3 são medicamentos não abrangidos pelo Medicare e medicamentos e produtos OTC não cobertos pelo Medicare.
-

C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos*

A *Lista de Medicamentos Cobertos* dá-lhe informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver dificuldade em encontrar o seu medicamento na lista, consulte o Índice de Medicamentos Cobertos que começa na página **174**. O índice lista alfabeticamente todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Nota: O símbolo **DP** ao lado de um medicamento significa que o medicamento não é um "medicamento da Parte D". O montante que paga quando aviar uma receita médica para este medicamento não conta para os seus custos totais com medicamentos (ou seja, o montante que paga não o ajuda a qualificar-se para a cobertura de catástrofe).

- Além disso, se estiver a receber Ajuda Extra para pagar as suas receitas médicas, não receberá qualquer Ajuda Extra para pagar estes medicamentos. Para mais informações sobre a Ajuda Extra, consulte a caixa de chamada abaixo.

A **Ajuda Extra** é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D do Medicare, tais como prémios, franquias e copagamentos. A Ajuda Extra é também designada por "Subsídio de Baixo Rendimento" ou "LIS".

- Estes medicamentos também têm regras diferentes para os recursos. Um recurso é uma forma formal de nos pedir para revermos uma decisão de cobertura e para a alterarmos se considerar que cometemos um erro. Por exemplo, podemos decidir que um medicamento que pretende não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare ou pelo Medicaid de Rhode Island.
- Se o utente ou o seu médico não concordar com a nossa decisão, pode recorrer. Para pedir instruções sobre como recorrer, contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711). Pode também ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para saber como recorrer de uma decisão.



C1. Medicamentos agrupados por condição médica

Os medicamentos desta secção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas que são utilizadas para tratar. Por exemplo, se sofre de uma doença cardíaca, deve procurar na categoria **Cardiovascular**. É aí que se encontram os medicamentos que tratam os problemas cardíacos.

Segue-se o significado dos códigos utilizados na coluna "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização":

PA = Autorização prévia (aprovação): tem de ter a aprovação do plano antes de poder obter este medicamento.

ST = Terapia por etapas: tem de experimentar outro medicamento antes de poder tomar este.

QL = Limite de quantidade: O Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade deste medicamento que pode obter.

B/D = Este medicamento pode ser coberto pelo Medicare Parte B ou D. Dependendo das circunstâncias, pode ser necessária uma autorização prévia (aprovação). Poderá ser necessário apresentar informações que descrevam por que razão e onde (em que contexto) está a utilizar este medicamento.

DP = Este medicamento não é um medicamento da Parte D.

NDS= Fornecimento de dia não prolongado. Este medicamento não está disponível para um fornecimento de mais de 30 dias.

LA = Acesso limitado. Este medicamento só está disponível em algumas farmácias especializadas.

A primeira coluna da tabela indica o nome do medicamento. Os medicamentos de marca são apresentados em maiúsculas (por exemplo, SYNTHROID) e os medicamentos genéricos são apresentados em itálico e em minúsculas (por exemplo, *levotiroxina*). A informação na coluna "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização" diz-lhe se o Neighborhood INTEGRITY tem alguma regra para cobrir o seu medicamento.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 1/7/2024

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRICÇÕES OU LIMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0 (Nível 1)	B/D
Agentes Alvo Moleculares		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 cápsulas a cada 25 dias); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (216ml a cada 27 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (140 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1260ml a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (150 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (336 pacotes a cada 28 dias); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (224 cápsulas a cada 28 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (900 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (64 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300ml a cada 30 dias); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Agentes De Proteção		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Antimetabólitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (5 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (100 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (80 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (14 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (49 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (91 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
Inibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 seringas a cada 365 dias); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (110 comprimidos por ano); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 ampolas por ano); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Imunossupressores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Vacinas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nível 1)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Iu/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nível 1)	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nível 1)	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	QL (2 ampolas por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nível 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 1)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 1)	

ANALGÉSICOS

Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens ibuprofen suspension 200 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>px ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen suppository 120 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen suppository 650 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult aspirin regimen tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin 81 tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin regimen tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin suppository 300 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-apap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm adult aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap capsule 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-pap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief liquid 500 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief regular strength tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enteric aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm aspirin adult low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain relief tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (400ml a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (672 comprimidos por ano); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>covid-19 at-home test kit in vitro</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit kit in vitro</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
DIATRUST COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test kit in vitro</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain tablet 162-162.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (12 comprimidos a cada 90 dias)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1800ml a cada 30 dias); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (6 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (168 cápsulas por ano)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (84 cápsulas todos os anos)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1080ml todos os anos)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 2)	QL (40 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores todos os anos)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cefдинир oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nível 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nível 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 2)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 2000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nível 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nível 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nível 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nível 2)	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nível 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina li		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (450ml a cada 30 dias)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIOPEN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral suspend liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA BASE 7542 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petrolatum gel external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE LIGHT CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOBASE CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>scar care cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYRSPEND SF LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
U-BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
VANIBASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>versatile cream base cream external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VERSIGEL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>white petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wound care cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XCEL 100 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (540 pacotes a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 pacotes a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (540 comprimidos a cada 30 dias)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Agentes Da Tireoide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>cvs glucose gel 40 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUTOSE 5 GEL 40 % ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
<i>value plus glucose gel 40 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nível 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nível 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300 gramas a cada 30 dias)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas a cada 30 dias)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nível 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nível 2)	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nível 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 25 dias)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>brillyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nível 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	

LEENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nível 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nível 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nível 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nível 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nível 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nível 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	LA; NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CVS KETONE CARE STRIP IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0 (Nível 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gml/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
YARGESA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Estrogénios		
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nível 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid calcium tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid maximum strength suspension 800-800-80 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid regular strength tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid suspension 400-400-40 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid/antigas suspension 400-400-40 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CAL-GEST ANTACID TABLET CHEWABLE 500 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>magnesium oxide tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 420 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid suspension 400-400-40 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loperamide hcl solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loperamide hcl solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loperamide hcl tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px stomach relief max st suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pink bismuth suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief suspension 525 mg/30ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief extra strength suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief suspension 525 mg/30ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 seringas a cada 28 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nível 2)	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nível 2)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE CLEAR CAPSULE 50 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>docusate calcium capsule 240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL KIDS ENEMA 100 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber laxative tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber-lax tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLEET ENEMA ENEMA RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentlelax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (adult) suppository 2 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GLYCOLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX PACKET 17 GM ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber powder 43 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp senna plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX PACKET 17 GM ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
HM CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>konsyl daily fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>konsyl daily fiber powder 60.3 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>laxative max str tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative regular strength tablet 15 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>milk of magnesia suspension 7.75 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>natural psyllium seed powder 100 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 2.8 GM RECTAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350 packet 17 gm oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350 powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 packet 17 gm oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder 17 gm/scoop oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enema enema 16-6 gm/133ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fiber therapy powder 25 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fiber therapy powder 51.7 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mineral oil heavy oil oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natural vegetable powder 95 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc natura-lax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID POWDER 28.3 % ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID POWDER 43 % ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID POWDER 51.7 % ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senexon-s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna capsule 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna laxative tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna liquid 8.8 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-lax tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-tabs tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-time s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-time tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SEKOKOT EXTRA STRENGTH TABLET 17.2 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder 43 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder powder 25 % oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infeciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clotrimazole 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 1 kit 1200 & 2 mg & % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>miconazole 3 combo-supp kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP KIT 100 & 2 MG-% (9GM) VAGINAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc 3 day cream 4 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc clotrimazole cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antispasmódicos		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nível 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (620ml a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (51 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
Ferro		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release dried iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow-release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq iron supplement therapy tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow release iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FERGON TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FERIVAFA CAPSULE 110-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FEROSUL TABLET 325 (65 FE) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferric x-150 capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous fumarate tablet 29 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate solution 220 (44 fe) mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATEX LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hematinic/folic acid tablet 324-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>iron 27 tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron high-potency tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron slow release tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron supplement solution 220 (44 fe) mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron tablet 90 (18 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IRON UP LIQUID 15 MG/0.5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONOFERRIC SOLUTION 1000 MG/10ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS TABLET 50-101-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN TABLET 70 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NUFERA TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra high potency iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>slow iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release dried iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM CAPSULE 53-53 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM PLUS CAPSULE 162-115.2-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
VITRON-C TABLET 65-125 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
OPCON-A SOLUTION 0.027-0.315 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nível 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
ALCON TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 2)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GENTEAL SEVERE GEL 0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops solution 0.1-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nível 2)	
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 SOLUTION 5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>polyvinyl alcohol solution 1.4 % ophthalmic (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRICÇÕES OU LIMITES DE USO
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	
ÓTICO		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (2 inaladores a cada 30 dias)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores a cada 30 dias)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 placas de comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Histamínicos		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy 24-hr tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete allergy medicine capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aller-ease tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbedryl capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbedryl capsule 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (4 inaladores a cada 28 dias)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
Combinações Esteróies/Beta-Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (560 cápsulas a cada 28 dias); NDS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (RX)	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/lact nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
EASIVENT	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nível 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nível 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nível 3)	DP
<i>neti pot sinus wash kit 2300-700 mg nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nível 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (56 comprimidos por ano)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 inalações a cada 30 dias)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Esteróides Nasais		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 frascos a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1 frasco a cada 30 dias)

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml a cada 30 dias)
Moduladores De Leukotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Tosse E Constipação		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aquanaz tablet 10-15-400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>childrens mucus relief cough liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DECONEX IR TABLET 10-385 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr capsule 15 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-a-hist dm liquid 10-4-15 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mucus er tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mucus er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mucus relief tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child liquid 2.5-5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin er tablet extended release 12 hour 600 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin tablet 200 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 200-20 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nose drops solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN SOLUTION 5-1.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr solution 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr tablet 5-1.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydromet solution 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF BP LIQUID 30-2-7.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIFED TABLET 60-360 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.33 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
M-END PE LIQUID 3.33-1.33-6.33 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX DM TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH TABLET 5-10-200 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MUCINEX FAST-MAX DM MAX LIQUID 20-400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH LIQUID 10-20-400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief childrens liquid 2.5-5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm tablet extended release 12 hour 30-600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief max st tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NIVANEX DMX TABLET 10-15-380 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nohist-dm liquid 10-4-15 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg liquid 10-18-200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg tablet 10-17.5-385 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VENT IR TABLET 60-380 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>promethazine vcl/codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief er tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhaler 50 mg inhalation</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM LIQUID 20-200 MG/20ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin sa liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus relief extra strength solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief max strength tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest liquid 20-200 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM LIQUID 10-20-400 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TUSNEL DM PEDIATRIC LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL LIQUID 30-15-200 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC LIQUID 15-5-50 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm max adult liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VANATAB DM TABLET 5-9-198 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (720ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1500ml a cada 30 dias)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2400ml a cada 30 dias); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nível 2)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 películas a cada 30 dias); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculosquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antidemência		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (200ml a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nível 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 pensos a cada 30 dias)
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 14 dias); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (14 cápsulas a cada 14 dias); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 56 dias); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 180 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 90 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 ampolas a cada 1 dia)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 30 dias); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 injeções a cada 28 dias)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240ml a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 injeções a cada 3 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8ml a cada 30 dias); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 unidades a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 unidades a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (16 canetas a cada ano); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
Non-Frf		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime tablet 250-250-38 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nicotine polacrilex mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nível 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>qc nicotine transdermal system patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Diversos

<i>co q 10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 capsule 300 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 maximum strength capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coq-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coq-10 capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql coq10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glutamine powder oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/4ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin liquid 2.5 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin maximum strength tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin tablet 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin tablet 300 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEOQ10 CAPSULE 125 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 200 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm co q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nível 2)	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nível 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Eletrólitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BIOLYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CERALYTE 70 SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT EX1 SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>h-e-b oral electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral electrolytes solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA VANCE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REHYDRALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Minerais		
<i>600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d tablet 250-2.5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1000 + d tablet 1000-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1200 tablet chewable 1200-1000 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium 500+d3 tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 + d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 high potency tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d tablet chewable 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet chewable 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate powder (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate powder 800 mg/2gm oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet chewable 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet chewable 260 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d tablet 250-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium citrate + d3 tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate tablet 950 (200 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d tablet 200-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium creamies tablet chewable 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium gluconate capsule 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium lactate tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium lactate tablet 750 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium oyster shell tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium tablet chewable 500-2.5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-8.3 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cal-mint tablet chewable 260 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS TABLET 300-800 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chelated magnesium tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM TABLET 315-6.25 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D TABLET 200-6.25 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>citrus calcium/vitamin d tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium + d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 500+d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluoritab solution 0.275 (0.125 f) mg/drop oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium 600+d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAG64 TABLET DELAYED RELEASE 64 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAGDELAY TABLET DELAYED RELEASE 64 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 27.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium lactate tablet extended release 84 mg (7meq) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 400 (240 mg) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet chewable 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE TABLET 400 (240 MG) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 TABLET 400 (240 MG) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-OXIDE TABLET 200 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mgo tablet 400 (240 mg) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC CAPSULE 220 (50 ZN) MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC TABLET 110 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 TABLET 500-15 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oyster shell calcium + d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 tablet 250-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 TABLET 600-20 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pure calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px calcium&d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RA HI CAL TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra natural magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra zinc tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb calcium + d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+/vit d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm calcium citrate+d3 petite tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 max tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm magnesium oxide tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium fluoride solution 1.1 (0.5 f) mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium phosphates solution 45 mmole/15ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZINC 15 TABLET 66 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc capsule 220 (50 zn) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc gluconate tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc gluconate tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc sulfate capsule 220 (50 zn) mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nível 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-10000 capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-25 capsule 7.5 mg (25000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acerola c-500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adclf (0.5mg/ml) solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult one daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADVANCED MULTI EA TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AIRBORNE KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ALLBEE/C TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AMLADEX TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antioxidant capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-oxidant tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
APPE-CURB CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA-E LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
AQUASOL A SOLUTION 50000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid solution 500 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex vitamins capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-1 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tablet 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tablet 50 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b6 natural tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-6 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baby super daily d3 liquid 10 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baby vitamin d3 liquid 10 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>balance b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex balanced tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>better b complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biocal capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE LIQUID 50 MCG/0.04ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION LIQUID 10 MCG/0.04ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin maximum strength capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE LIQUID 10 MCG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLUTION 10 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c 1000 tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c 500 tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-1000 tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-250 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-chewable tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil capsule 4000-200 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs adult 50+ eye health capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b complex plus c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs biotin capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs biotin high potency tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs chewable childrens vitamin tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs childrens complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily gummies adult tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs eye health adult 50+ capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs gummy dinos tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs gummy multivitamin kids tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs mens daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite adult 50+ tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs super b complex/c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vision health capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs womens daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 10000 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 5000 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-1000 extra strength tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d2000 ultra strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 2000 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 5000 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 baby drops liquid 10 mcg /0.025ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 maximum strength capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3-1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3-1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-3-5 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multiple vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multivitamin capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily value multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>daily vite multivitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vite tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vites tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DDROPS LIQUID 25 MCG /0.028ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DDROPS LIQUID 50 MCG /0.028ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DECUBI-VITE CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dekas bariatric tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>delta d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
DRY EYE FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
D-VI-SOL LIQUID 10 MCG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-vite pediatric liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e 1000 capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e200 capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-200 capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ELFOLATE PLUS TABLET 3-35-2 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ENDUR-ACIN TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l b complex 50 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l child multivitamin/minerals tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l super b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq l vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin/lutein capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fabb tablet 2.2-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folagent dha capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folamed dha capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folate tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee plus tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee tablet 2.5-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid solution 5 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid tablet 1 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folite tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folplex 2.2 tablet 2.2-25-0.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX TABLET 3-35-2 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c 500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity c tablet chewable 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity chews tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>genadek step 1 capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 2 capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
GERITOL COMPLETE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glucoten capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens chewables/lex c tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp d 1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips tablet 500-37 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin nails capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair/skin/nails capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy kids gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>high potency multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC TABLET CHEWABLE 30-200-3 ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>immune support tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0 (Nível 3)	DP
IS-D 10,000 CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kobee tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp b complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 15 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LYSIPLEX PLUS LIQUID ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens 50+ advanced capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens multivitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MERIBIN CAPSULE 5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC PLUS TABLET 6-2-600 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ES CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi adult gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her 50+ capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-pro capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin & mineral liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multivitamin infant & toddler solution 11 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vite liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural close hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nephro vitamins tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NEPHRO-VITE TABLET 0.8 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
NIVA-FOL TABLET 2.5-25-2 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi caps capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 M CAPSULE 350 MCG (14000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop solution 10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PERIDIN-C TABLET 200-50-150 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin liquid 400 unit/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>plain niacin tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>plain niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL SOLUTION ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON SOLUTION 11 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vita solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vitaliron solution 10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vite pediatric solution oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-viteliron solution 11 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal 19 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal one daily tablet 27-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prenatal tablet 6.75-0.2 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatalliron tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT CARDIO AF CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT PLUS SO CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PROTEGRA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
PUREWAY-C TABLET 500 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC LIQUID 0.25-9.5 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA GUMMIES TABLET CHEWABLE 0.125 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC SOLUTION 0.5 MG/ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>quintabs tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra b-complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra biotin capsule 2500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra no flush niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 TABLET 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>renal vitamin tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitaminsliron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm niacin cr tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 capsule 100 mcg (4000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm vitamin d3 capsule 50 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formulaliron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSSTABS ENERGY TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/falvit c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super daily d3 liquid 25 mcg 10.028ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super daily d3 liquid 50 mcg 10.028ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tab-a-viteliron tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
THERA TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 2000 TABLET 50 MCG (2000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 4000 TABLET 100 MCG (4000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION TABLET 50 MCG (2000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
THERAMILL FORTE CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine mononitrate tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triphrocaps capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition liquid oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
UDAMIN SP TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D LIQUID 10 MCG /0.025ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>v-c forte capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA FE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VIC-FORTE CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-caps capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision health capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene tablet 200-250-5000 oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips tablet 1000-30-18 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabex plus capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES TABLET CHEWABLE 125 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitalee tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITALETS CHILDRENS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b + c complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin b 12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 250 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet dispersible 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-6 tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er tablet extended release 1500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet chewable 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d infant liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST TABLET 25 MCG (1000 UT) ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d-3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQUID 25 MCG/10ML ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 125 mcg/0.5ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin d3 liquid 125 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 25 mcg/spray oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 30 mcg/15ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 75 mcg (3000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e blend capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e capsule 1000 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e water soluble capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin k1 solution 10 mg/ml injection</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin-b complex tablet oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins for hair capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitatrum tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL FE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE FE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vp-vite rx tablet 1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>westab one tablet 2.5-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens 50+ advanced capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi capsule oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>yl vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nível 3)	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 pastilhas a cada 30 dias)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT	\$0 (Nível 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Antifúngicos		
<i>antifungal (clotrimazole) cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal powder 2 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>butenafine hcl cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 gramas a cada 30 dias)

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clotrimazole anti-fungal cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>qc antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRIPLE PASTE AF OINTMENT 2 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene gel 0.1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (46,6 gramas a cada 30 dias)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %, 1 % (twice daily)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 gramas a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
DIFFERIN GEL 0.1 % EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 compressas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118ml a cada 30 dias)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 gramas a cada 30 dias); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nível 2)	QL (180 gramas a cada 30 dias)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (30 gramas a cada 30 dias)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (220 gramas a cada 30 dias)
<i>qc triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nível 2)	QL (453,6 gramas a cada 30 dias)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120ml a cada 30 dias)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>ťazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Antisseborréicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50ml a cada 30 dias)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse liquid 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>arthritis pain relieving cream 0.075 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
BASLE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin cream 0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief cream 0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1000 gramas a cada 30 dias)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DML FORTE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
EMOLLIA-CREME CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
EUCERIN PLUS CREAM 2.5-10 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>first aid antiseptic ointment 10 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (40 gramas a cada 30 dias)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (10ml a cada 30 dias)
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lidocaine patch patch 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
<i>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE LOTION 5 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>moisturizing cream cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
NUTRADERM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SORBOLENE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>therapeutic moisturizing cream external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL	\$0 (Nível 3)	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
<i>ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	107	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>allergy relief childrens</i>	100
12 hour nasal decongestant.....	107	LARGE.....	103	<i>allergy relief d</i>	107
12 hour nasal spray.....	107	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>allergy relief d-12</i>	107
1st base.....	60	MEDIUM.....	103	<i>allergy relief d-24</i>	107
24hr allergy relief.....	100	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>allergy relief/nasal decongest</i>	107
3 day vaginal.....	88	SMALL.....	103	<i>allergy/congestion relief</i>	107
50+ adult eye health.....	142	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>allopurinol</i>	40
600+d3.....	135	W/MASK.....	103	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	79
8 hr arthritis pain relief.....	37	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU		<i>alosetron hcl</i>	82
a thru z select.....	142	.....	103	<i>alprazolam</i>	119
a-10000.....	142	AEROCHAMBER		ALREX.....	96
a-25.....	142	W/FLOWSIGNAL.....	103	ALTAVERA.....	67
abacavir sulfate.....	40	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS...	103	<i>aluminum hydroxide gel</i>	79
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		ALUNBRIG.....	14
ABELCET.....	43	CHAMBR.....	103	ALVAIZ.....	90
ABILIFY MAINTENA.....	122	AEROCHAMBER Z-STAT		ALVESCO.....	106
abiraterone acetate.....	23	PLUS/LARGE.....	103	<i>alyacen 1/35</i>	67
ABRYSVO.....	31	AEROCHAMBER Z-STAT		<i>alyacen 7/7/7</i>	67
acamprosate calcium.....	128	PLUS/MEDIUM.....	104	<i>amantadine hcl</i>	118
acarbose.....	63	AEROCHAMBER Z-STAT		<i>ambrisentan</i>	59
ACCUTANE.....	166	PLUS/SMALL.....	104	AMETHIA.....	67
acebutolol hcl.....	55	AEROVENT PLUS.....	104	<i>amikacin sulfate</i>	44
acerola c-500.....	142	AFIRMELLE.....	67	<i>amiloride hcl</i>	57
acetaminophen.....	37	AIMOVIG.....	126	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	57
acetaminophen childrens.....	37	<i>aimsco lubricated</i>	67	<i>amiodarone hcl</i>	53
acetaminophen er.....	37	AIRBORNE.....	143	<i>amitriptyline hcl</i>	120
acetaminophen extra strength.....	37	AIRBORNE GUMMIES.....	142	AMLADEX.....	143
acetaminophen infants.....	37	AIRBORNE KIDS.....	143	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	57
acetaminophen-codeine.....	35	AIRBORNE+GOOD REST.....	143	<i>amlodipine besylate</i>	55
acetazolamide.....	57	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	143	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	56
acetazolamide er.....	57	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	143	<i>amlodipine-olmesartan</i>	56
acetic acid.....	89, 99	AKEEGA.....	23	<i>ammonium lactate</i>	170
acetylcysteine.....	103	<i>ala-cort</i>	168	AMNESTEEM.....	167
acitretin.....	168	<i>albendazole</i>	44	<i>amoxapine</i>	120
ACTHIB.....	31	<i>albuterol sulfate</i>	99	<i>amoxicillin</i>	51
ACTIMMUNE.....	29	<i>albuterol sulfate hfa</i>	99	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	51
active fe.....	91	<i>alclometasone dipropionate</i> ... 168, 169		<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	51
ACTIVNUTRIENTS.....	142	ALCON TEARS.....	97	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	130
acyclovir.....	47	ALDURAZYME.....	73	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	130
acyclovir sodium.....	47	ALECENSA.....	14	<i>amphotericin b</i>	43
ADACEL.....	31	<i>alendronate sodium</i>	78	<i>amphotericin b liposome</i>	43
adalimumab-aacf (2 pen).....	26	<i>alfuzosin hcl er</i>	89	<i>ampicillin</i>	51
adapalene.....	166	<i>aliskiren fumarate</i>	58	<i>ampicillin sodium</i>	51
adclf (0.5mg/ml).....	142	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	143	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	51
adefovir dipivoxil.....	47	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	143	<i>anagrelide hcl</i>	90
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	142	ALIVE WOMENS 50+.....	143	<i>anastrozole</i>	23
ADEMPAS.....	59	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	143	ANORO ELLIPTA.....	102
ADIPEX-P.....	77	ALIVE WOMENS GUMMY.....	143	<i>antacid</i>	79
ADMELOG.....	65	<i>all day allergy</i>	100	<i>antacid calcium</i>	79
ADMELOG SOLOSTAR.....	65	<i>all day allergy childrens</i>	100	<i>antacid maximum strength</i>	79
adult aspirin regimen.....	37	<i>all day allergy d</i>	107	<i>antacid regular strength</i>	79
adult one daily gummies.....	142	ALLBEE/C.....	143	<i>antacid/antigas</i>	79
ADVAIR HFA.....	103	<i>all-day allergy childrens</i>	100	<i>anti-diarrheal</i>	80
ADVANCED MULTI EA.....	142	<i>aller-chlor</i>	100	<i>antifungal</i>	165
ADVANTAGE CARE		<i>allergy</i>	100	<i>anti-fungal</i>	165
ELECTROLYTE PED.....	134	<i>allergy 24-hr</i>	100	<i>antifungal (clotrimazole)</i>	165
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	103	<i>allergy childrens</i>	100	<i>antifungal (tolnaftate)</i>	165
AEROCHAMBER MV.....	103	<i>allergy rel child (loratadine)</i>	100	<i>antifungal clotrimazole</i>	165
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU..	103	<i>allergy relief</i>	100	<i>anti-itch</i>	170

<i>antioxidant</i>	143	AUSTEDO XR.....	125	<i>benzphetamine hcl</i>	77
<i>anti-oxidant</i>	143	AUSTEDO XR PATIENT		<i>benztropine mesylate</i>	118
<i>antiseptic skin cleanser</i>	170	TITRATION.....	125	BERINERT.....	90
APPE-CURB.....	143	AUVELITY.....	120	BESIVANCE.....	96
<i>aprepitant</i>	81	AVIANE.....	67	BESREMI.....	25
APRI.....	67	AYUNA.....	67	<i>beta care</i>	171
APTIOM.....	114	AYVAKIT.....	14	BETA XMA.....	171
APTIVUS.....	40	<i>az cream</i>	60	<i>betaine</i>	73
AQUA GLYCOLIC FACE.....	170	<i>azacitidine</i>	24	<i>betamethasone dipropionate</i>	169
AQUA-E.....	143	<i>azathioprine</i>	30	<i>betamethasone dipropionate aug..</i>	169
<i>aquanaz</i>	107	<i>azelastine hcl</i>	94, 100	<i>betamethasone valerate</i>	169
AQUASOL A.....	143	<i>azithromycin</i>	49, 50	BETASERON.....	127
<i>aqueous vitamin d</i>	143	<i>aztreonam</i>	44	<i>betaxolol hcl</i>	55, 94
ARALAST NP.....	104	AZURETTE.....	67	<i>bethanechol chloride</i>	89
ARANELLE.....	67	<i>b complex</i>	143	BETOPTIC-S.....	95
ARBEM H-COSMETIC.....	60	<i>b complex (folic acid)</i>	143	<i>better b complex</i>	144
ARBEM LIPOPEN.....	60	<i>b complex vitamins</i>	143	BEVESPI AEROSPHERE.....	102
ARCALYST.....	30	<i>b complex-c</i>	143	<i>bexarotene</i>	25, 171
AREXVY.....	31	<i>b complex-c-folic acid</i>	143	BEXSERO.....	31
<i>aripiprazole</i>	122	<i>b-1</i>	143	<i>bicalutamide</i>	23
ARISTADA.....	122	<i>b-12</i>	143, 144	BICILLIN L-A.....	51
ARISTADA INITIO.....	122	<i>b-12 tr</i>	144	BIKTARVY.....	42
<i>armodafinil</i>	128	<i>b-6</i>	144	BINAXNOW COVID-19 AG HOME	
ARNUITY ELLIPTA.....	106	<i>b6 natural</i>	144	TEST.....	44
<i>arthritis pain relief</i>	37	<i>baby super daily d3</i>	144	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	144
<i>arthritis pain reliever</i>	37	<i>baby vitamin d3</i>	144	<i>biocal</i>	144
<i>arthritis pain relieving</i>	171	<i>bacitracin</i>	96, 167	BIO-D-MULSION.....	144
<i>ascorbic acid</i>	143	<i>bacitracin zinc</i>	167	BIO-D-MULSION FORTE.....	144
<i>asenapine maleate</i>	122	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	167	BIOLYTE.....	134
ASHLYNA.....	67	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	96	<i>biotin</i>	144
<i>aspirin</i>	37	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	95	<i>biotin maximum strength</i>	144
<i>aspirin 81</i>	37	<i>baclofen</i>	119	<i>bisacodyl</i>	84
<i>aspirin adult low dose</i>	37	BAFIERTAM.....	127	<i>bisacodyl ec</i>	84
<i>aspirin adult low strength</i>	37	<i>balance b-50</i>	144	<i>bismatrol</i>	80
<i>aspirin ec low strength</i>	37	<i>balsalazide disodium</i>	83	<i>bisoprolol fumarate</i>	55
<i>aspirin low dose</i>	37	BALVERSA.....	15	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	55
<i>aspirin regimen</i>	37	BALZIVA.....	67	BIVIGAM.....	29
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	94	BANOPHEN.....	100, 171	BLISOVI 24 FE.....	67
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BARACLUDGE.....	47	BLISOVI FE 1.5/30.....	67
SYR.....	65	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	144	<i>body/hair/skin/nails</i>	144
ASTAGRAF XL.....	30	BASAGLAR KWIKPEN.....	65	BOOSTRIX.....	31
<i>atazanavir sulfate</i>	40	BASE PCCA CLARIFYING.....	60	<i>bortezomib</i>	15
<i>atenolol</i>	55	BASLE.....	171	<i>bosentan</i>	59
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	55	<i>baza antifungal</i>	165	BOSULIF.....	15
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	165	<i>bcg vaccine</i>	31	<i>bp vit 3</i>	144
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	165	<i>b-complex (folic acid)</i>	144	BPROTECTED MULTI-VITE.....	144
<i>athletes foot powder spray</i>	165	<i>b-complex balanced</i>	144	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	144
<i>atomoxetine hcl</i>	130	<i>b-complex/b-12</i>	144	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
<i>atorvastatin calcium</i>	54	<i>b-complex/vitamin c</i>	144	.....	145
<i>atovaquone</i>	44	<i>b-complex-c</i>	144	BPROTECTED PEDIA POLY-	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	47	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	144	VITE/FE.....	145
<i>atropine sulfate</i>	97	<i>benazepril hcl</i>	59	BRAFTOVI.....	15
ATROVENT HFA.....	99	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	57	BREO ELLIPTA.....	103
AUBRA EQ.....	67	BENDEKA.....	14	BREZTRI AEROSPHERE.....	103
AUGTYRO.....	14	BENLYSTA.....	30	<i>brilentlyn</i>	67
AUROVELA 1/20.....	67	BENZEDREX.....	107	BRILINTA.....	94
AUROVELA 24 FE.....	67	BENZEPRO.....	167	<i>brimonidine tartrate</i>	95
AUROVELA FE 1.5/30.....	67	<i>benzoin</i>	171	<i>brinzolamide</i>	95
AUROVELA FE 1/20.....	67	<i>benzonatate</i>	107	BRIVIACT.....	114, 128
AUSTEDO.....	125	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	167	<i>bromfenac sodium</i>	96

<i>bromocriptine mesylate</i>	118	<i>calcium carbonate</i>	136	<i>cefadroxil</i>	48
BROMSITE.....	96	<i>calcium carbonate antacid</i>	79	<i>cefazolin sodium</i>	48
BRONCHITOL.....	104	<i>calcium citrate</i>	137	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	48
BRUKINSA.....	15	<i>calcium citrate + d</i>	136	<i>cefdinir</i>	48, 49
<i>budesonide</i>	83, 106	<i>calcium citrate + d3</i>	137	<i>cefepime hcl</i>	49
<i>budesonide er</i>	83	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	136	<i>cefixime</i>	49
<i>bumetanide</i>	57	<i>calcium citrate+d3</i>	137	<i>cefoxitin sodium</i>	49
<i>buprenorphine</i>	36	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	137	<i>cefpodoxime proxetil</i>	49
<i>buprenorphine hcl</i>	128	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	137	<i>cefprozil</i>	49
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	128	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	137	<i>ceftazidime</i>	49
<i>bupropion hcl</i>	120	<i>calcium creamies</i>	137	<i>ceftriaxone sodium</i>	49
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	128	<i>calcium gluconate</i>	137	<i>cefuroxime axetil</i>	49
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	120	<i>calcium high potency</i>	137	<i>cefuroxime sodium</i>	49
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	120	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	137	<i>celecoxib</i>	33
<i>buspirone hcl</i>	119	<i>calcium lactate</i>	137	CENTRUM.....	145
<i>butenafine hcl</i>	165	<i>calcium oyster shell</i>	137	CENTRUM FLAVOR BURST	
<i>butorphanol tartrate</i>	35	<i>calcium plus vitamin d</i>	137	ADULT.....	145
BYDUREON BCISE.....	63	<i>calcium plus vitamin d3</i>	137	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
BYETTA 10 MCG PEN.....	63	<i>calcium+d3</i>	137	.....	145
BYETTA 5 MCG PEN.....	63	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	137	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	145
<i>c 1000</i>	145	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	137	CENTRUM FRESH/FRUITY	
<i>c 500</i>	145	<i>calcium-vitamin d3</i>	137	ADULT.....	145
<i>c-1000</i>	145	CAL-GEST ANTACID.....	79	CENTRUM KIDS.....	145
<i>c-1000/rose hips</i>	145	<i>cal-mint</i>	137	CENTRUM SILVER.....	145
<i>c-250</i>	145	CALMOSEPTINE.....	171	<i>cephalexin</i>	49
<i>c-500</i>	145	CALQUENCE.....	15	CERALYTE 70.....	134
<i>c-500/rose hips</i>	145	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	137	CERASPORT.....	134
<i>cabergoline</i>	74	CALTRATE MINIS PLUS		CERASPORT EX1.....	134
CABOMETYX.....	15	MINERALS.....	137	CERAVE MOISTURIZING.....	171
<i>calamine phenolated</i>	171	CAMILA.....	67	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
<i>calamine-zinc oxide</i>	171	CAMRESE.....	68	SKIN.....	171
<i>calcipotriene</i>	168	CAMRESE LO.....	68	CERDELGA.....	74
<i>calcitonin (salmon)</i>	78	<i>candesartan cilexetil</i>	52	CEREZYME.....	74
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	135	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	56	CEROVITE JR.....	145
CALCITRENE.....	168	<i>capcof</i>	107	CETAPHIL MOISTURIZING.....	171
<i>calcitriol</i>	62	CAPLYTA.....	122	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	171
<i>calcium</i>	137	CAPRELSA.....	15	<i>cetirizine hcl</i>	100
<i>calcium + vitamin d3</i>	135	<i>capsaicin</i>	171	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	100
<i>calcium 1000 + d</i>	135	<i>capsaicin pain relief</i>	171	<i>cetirizine hcl childrens</i>	100
<i>calcium 1200</i>	135	<i>captopril</i>	59	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	100
<i>calcium 500 + d</i>	135	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	107
<i>calcium 500 + d3</i>	135	<i>carbamazepine</i>	114	<i>cevimeline hcl</i>	165
<i>calcium 500/d</i>	135	<i>carbamazepine er</i>	114	<i>charcoal</i>	74
<i>calcium 500/vitamin d</i>	135	<i>carbidopa-levodopa</i>	118	CHATEAL EQ.....	68
<i>calcium 500+d</i>	135	<i>carbidopa-levodopa er</i>	118	<i>chelated magnesium</i>	137
<i>calcium 500+d high potency</i>	135	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	118	CHEMET.....	62
<i>calcium 500+d3</i>	135, 136	<i>carboplatin</i>	14	<i>chest congestion relief</i>	107
<i>calcium 600</i>	136	CARESTART COVID-19 HOME		<i>chest congestion relief dm</i>	107
<i>calcium 600 + d</i>	136	TEST.....	44	<i>childrens animal shapes</i>	145
<i>calcium 600 high potency</i>	136	<i>carglumic acid</i>	74	<i>childrens chew multivitamin</i>	145
<i>calcium 600/vitamin d</i>	136	<i>carisoprodol</i>	119	<i>childrens chewable vitamins</i>	145
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	136	<i>carteolol hcl</i>	95	<i>childrens gummies</i>	145
<i>calcium 600+d</i>	136	CARTIA XT.....	55	<i>childrens ibuprofen</i>	33
<i>calcium 600+d high potency</i>	136	<i>carvedilol</i>	55	<i>childrens loratadine</i>	100
<i>calcium 600+d3</i>	136	<i>caspofungin acetate</i>	43	<i>childrens mucus relief cough</i>	108
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	136	<i>castellani paint modified</i>	165	<i>childrens silapap</i>	37
<i>calcium acetate</i>	61	CAYSTON.....	44	<i>chlorhexidine gluconate</i>	165
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	61	<i>c-chewable</i>	145	<i>chloroquine phosphate</i>	47
<i>calcium antacid</i>	79	<i>cefaclor</i>	48	<i>chlorpromazine hcl</i>	122, 123
<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	136	<i>cefaclor er</i>	48	<i>chlorthalidone</i>	57

<i>cholestyramine</i>	53	<i>coconut oil beauty</i>	171	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
<i>cholestyramine light</i>	53	<i>cod liver oil</i>	145	SUPPORT.....	146
CHROMAGEN.....	91	<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	145	<i>cvb complex plus c</i>	146
<i>chromic chloride</i>	141	<i>coditussin ac</i>	108	<i>cvb-1</i>	146
<i>ciclopirox olamine</i>	165, 166	<i>coditussin dac</i>	108	<i>cvb-12</i>	146
<i>cilostazol</i>	90	<i>coenzyme q10</i>	131	<i>cvb6</i>	146
CILOXAN.....	96	<i>coenzyme q-10</i>	131	<i>cvb biotin</i>	146
CIMDUO.....	42	<i>co-enzyme q10</i>	131	<i>cvb biotin high potency</i>	146
<i>cinacalcet hcl</i>	74	COLACE CLEAR.....	84	<i>cvb calcium + d3</i>	138
CIPRO.....	50	<i>colchicine</i>	40	<i>cvb calcium 600 & vitamin d3</i>	138
<i>ciprofloxacin hcl</i>	50, 96	<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>cvb calcium 600 + dl/minerals</i>	138
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	50	<i>colesevelam hcl</i>	53	<i>cvb calcium 600+d</i>	138
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	99	<i>colestipol hcl</i>	53	<i>cvb calcium carbonate</i>	138
<i>cisplatin</i>	14	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	44	<i>cvb calcium citrate+d3 petites</i>	138
<i>citalopram hydrobromide</i>	120	COMBIGAN.....	95	<i>cvb chewable c with rose hips</i>	146
CITRACAL MAXIMUM.....	137	COMBIVENT RESPIMAT.....	103	<i>cvb chewable childrens vitamin</i>	146
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	137	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvb childrens complete</i>	146
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	138	DOSE).....	15	<i>cvb coenzyme q-10</i>	131
CLARAVIS.....	167	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvb coq-10</i>	131
<i>clarithromycin</i>	50	DOSE).....	15	<i>cvb cough dm</i>	108
<i>clarithromycin er</i>	50	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .	15	<i>cvb covid-19 at home test kit</i>	45
<i>classic prenatal</i>	145	COMFORT ASSIST INSULIN		<i>cvb d3</i>	146
CLEARLAX.....	84	SYRINGE.....	65	<i>cvb daily gummies</i>	146
CLEVER CHOICE HOLDING		COMPACT SPACE CHAMBER.....	104	<i>cvb daily gummies adult</i>	146
CHAMBER.....	104	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		<i>cvb e</i>	146
<i>clindamycin hcl</i>	44	MASK.....	104	<i>cvb electrolyte solution</i>	134
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	44	COMPACT SPACE		<i>cvb eye health adult 50+</i>	146
<i>clindamycin phosphate</i>	44, 88, 167	CHAMBER/MED MASK.....	104	<i>cvb folic acid</i>	146
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	44	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		<i>cvb gauze sterile</i>	65
<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	44	MASK.....	104	<i>cvb glucose</i>	62
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	141	COMPLERA.....	42	<i>cvb gummy dinos</i>	146
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	141	<i>complete allergy medicine</i>	100	<i>cvb gummy multivitamin kids</i>	146
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	142	<i>complete multivitamin/mineral</i>	145	<i>cvb iron</i>	91
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	142	COMPRO.....	81	CVS KETONE CARE.....	74
<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	142	<i>constulose</i>	84	<i>cvb lice treatment</i>	170
<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	142	COPIKTRA.....	15	<i>cvb magnesium</i>	138
<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	142	<i>coq10</i>	131	<i>cvb magnesium oxide</i>	138
CLINISOL SF.....	142	<i>coq-10</i>	131	<i>cvb mens daily gummies</i>	146
CLINITEST RAPID COVID-19		<i>coq10 maximum strength</i>	131	<i>cvb oyster shell calcium-vit d</i>	138
TEST.....	44	CORLANOR.....	58	<i>cvb ped electrolyte freeze pop</i>	134
CLINOLIPID.....	142	CORVITA.....	145	<i>cvb pediatric electrolyte</i>	134
<i>clobazam</i>	114	CORVITA 150.....	91	<i>cvb slow release dried iron</i>	91
<i>clobetasol propionate</i>	169	CORVITE 150.....	91	<i>cvb slow release iron</i>	91
<i>clobetasol propionate e</i>	169	<i>corvite fe</i>	91	<i>cvb spectravite adult 50+</i>	146
<i>clomipramine hcl</i>	121	COTELLIC.....	15	<i>cvb super b complex/c</i>	146
<i>clonazepam</i>	114, 115	<i>cough dm</i>	108	<i>cvb vision health</i>	146
<i>clonidine</i>	58	<i>cough dm childrens</i>	108	<i>cvb vitamin b12</i>	146, 147
<i>clonidine hcl</i>	58	<i>covid-19 at-home test</i>	45	<i>cvb vitamin b-12</i>	146, 147
<i>clopidogrel bisulfate</i>	94	<i>cream base</i>	60	<i>cvb vitamin c</i>	147
<i>clorazepate dipotassium</i>	115	CREON.....	83	<i>cvb vitamin c-rose hips</i>	147
CLORPACTIN.....	171	<i>cromolyn sodium</i>	82, 94, 104	<i>cvb vitamin d3</i>	147
<i>clotrimazole</i>	88, 165, 166	CRYSSELLE-28.....	68	<i>cvb vitamin e</i>	147
<i>clotrimazole 3</i>	88	CULTURELLE KIDS COMPLETE. .	145	<i>cvb womens daily gummies</i>	147
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	166	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-		<i>cvb zinc gluconate</i>	138
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	166	MV.....	146	<i>cyanocobalamin</i>	147
<i>clozapine</i>	123	CULTURELLE PROBIOTICS +		<i>cyclobenzaprine hcl</i>	119
<i>co q 10</i>	131	MULTIV.....	146	<i>cyclophosphamide</i>	14
<i>co q10</i>	131	<i>cupric chloride</i>	142	<i>cycloserine</i>	42
<i>co q-10</i>	131	<i>cvb adult 50+ eye health</i>	146	<i>cyclosporine</i>	30
COARTEM.....	47	CVS AIRSHIELD.....	146	<i>cyclosporine modified</i>	30

<i>cyproheptadine hcl</i>	100, 101	<i>delta d3</i>	148	<i>diltiazem hcl er</i>	56
CYRED EQ.....	68	DENGVAXIA.....	31	<i>diltiazem hcl er beads</i>	55
CYSTADROPS.....	97	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	68	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	55
CYSTAGON.....	74	DEPO-TESTOSTERONE.....	63	<i>dilt-xr</i>	56
CYSTARAN.....	97	DERMABASE.....	171	<i>diphenhydramine hcl</i>	101
<i>cytarabine</i>	24	DESCOVY.....	42	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	101
<i>d 1000</i>	147	DESENEX.....	166	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	171
<i>d 10000</i>	147	<i>desipramine hcl</i>	121	<i>diphenoxylate-atropine</i>	82
<i>d 5000</i>	147	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	74	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	31
<i>d-1000 extra strength</i>	147	<i>desmopressin acetate</i>	74	<i>dipyridamole</i>	94
<i>d2000 ultra strength</i>	147	<i>desmopressin acetate pf</i>	74	<i>disopyramide phosphate</i>	53
<i>d3</i>	147	<i>desmopressin acetate spray</i>	74	<i>disulfiram</i>	128
<i>d3 2000</i>	147	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	68	<i>divalproex sodium</i>	115
<i>d3 5000</i>	147	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	121	<i>divalproex sodium er</i>	115
<i>d3 baby drops</i>	147	<i>dexamethasone</i>	76	DML FORTE.....	171
<i>d3 high potency</i>	147	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	76	<i>docetaxel</i>	26
<i>d3 maximum strength</i>	147	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	76	<i>docusate calcium</i>	84
<i>d3 super strength</i>	147	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	76, 96	<i>docusate mini</i>	84
<i>d3-1000</i>	147	.....	76, 96	<i>docusate sodium</i>	84
<i>d-3-5</i>	147	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	130	DOCUSOL KIDS.....	84
<i>d-400</i>	147	<i>dextromethorphan hbr</i>	108	DOCUSOL MINI.....	84
<i>d-5000</i>	147	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	108	<i>dofetilide</i>	53
<i>daily multiple vitamins</i>	147	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	108	<i>donepezil hcl</i>	120
<i>daily multivitamin</i>	147	<i>dextrose</i>	142	DOPTLET.....	90
<i>daily value multivitamin</i>	147	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	132	<i>dorzolamide hcl</i>	95
<i>daily vitamins</i>	147	<i>dextrose in lactated ringers</i>	132	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	95
<i>daily vite</i>	148	<i>dextrose-sodium chloride</i>	132	DOTTI.....	75
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	148	DIABETIDERM.....	171	DOVATO.....	42
<i>daily vites</i>	148	DIABETIDERM FOOT		<i>doxazosin mesylate</i>	54
<i>daily-vite</i>	148	REJUVENATING.....	171	<i>doxepin hcl</i>	121, 127
<i>daily-vite multivitamin</i>	148	DIACOMIT.....	115	<i>doxorubicin hcl</i>	24
<i>dalfampridine er</i>	127	DIALYVITE.....	148	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	24
<i>danazol</i>	75	DIALYVITE 3000.....	148	DOXY 100.....	52
<i>dantrolene sodium</i>	119	DIALYVITE 5000.....	148	<i>doxycycline hyclate</i>	52
<i>dapsone</i>	45	DIALYVITE 800.....	148	<i>doxycycline monohydrate</i>	52
DAPTACEL.....	31	DIALYVITE 800/ZINC.....	148	DRISDOL.....	148
<i>daptomycin</i>	45	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	148	<i>dronabinol</i>	81
<i>darunavir</i>	40	DIALYVITE SUPREME D.....	148	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	68
DASETTA 1/35.....	68	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	148	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	68
DASETTA 7/7/7.....	68	DIALYVITE/ZINC.....	148	DROXIA.....	90
DAURISMO.....	16	DIATRUST COVID-19 HOME		<i>droxidopa</i>	58
DAYSEE.....	68	TEST.....	45	DRY EYE FORMULA.....	148
DAYVIGO.....	127	<i>diazepam</i>	115, 128	DULERA.....	103
DDROPS.....	148	DIAZEPAM INTENSOL.....	115	<i>duloxetine hcl</i>	121
DEBLITANE.....	68	<i>diazoxide</i>	62	DUPIXENT.....	26, 27
DECARA.....	148	<i>diclofenac potassium</i>	33	DUREX REALFEEL.....	68
DECONEX IR.....	108	<i>diclofenac sodium</i>	34, 96, 171	<i>dutasteride</i>	89
DECUBI-VITE.....	148	<i>diclofenac sodium er</i>	33	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	89
<i>deferasirox</i>	62	<i>dicloxacillin sodium</i>	51	D-VI-SOL.....	148
<i>deferasirox granules</i>	62	<i>dicyclomine hcl</i>	82	<i>d-vite pediatric</i>	148
<i>dekas bariatric</i>	148	<i>diethylpropion hcl</i>	77	DYNA-HEX 4.....	171
DEKAS PLUS.....	148	<i>diethylpropion hcl er</i>	77	<i>e 1000</i>	148
DEKAS PLUS OCEAN.....	148	DIFFERIN.....	167	E.E.S. 400.....	50
DELSTRIGO.....	42	DIFICID.....	50	<i>e200</i>	148
DELSYM.....	108	<i>diflunisal</i>	34	<i>e-200</i>	148
DELSYM CGH/CHEST CONG DM		<i>digoxin</i>	58	<i>ear drops</i>	173
CHILD.....	108	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	126	EASIVENT.....	104
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	108	DILANTIN.....	115	EASIVENT MASK LARGE.....	104
DELSYM COUGH/CHEST		DILANTIN INFATABS.....	115	EASIVENT MASK MEDIUM.....	104
CONGEST DM.....	108	<i>diltiazem hcl</i>	56	EASIVENT MASK SMALL.....	104

<i>ec-naproxen</i>	34	<i>eq calcium 600+d</i>	138	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
ECOTRIN LOW STRENGTH.....	37	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	138	HAND.....	171
<i>ed chlorped jr</i>	101	<i>eq calcium citrate+d</i>	138	EUCERIN CALMING DAILY	
<i>ed-a-hist dm</i>	108	<i>eq complete multivitamin child</i>	149	MOIST.....	171
<i>ed-apap</i>	37	<i>eq cough dm</i>	108	EUCERIN PLUS.....	172
EDURANT.....	40	<i>eq lice killing max st</i>	170	EUCERIN SKIN CALMING.....	172
<i>efavirenz</i>	40	<i>eq multivitamin gummies</i>	149	EULEXIN.....	23
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	42	<i>eq slow-release iron</i>	91	EUTHYROX.....	61
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	42	<i>eq space chamber anti-static</i>	104	<i>everolimus</i>	16, 30
ELDERTONIC.....	148	<i>eq space chamber anti-static l</i>	104	EVOTAZ.....	43
ELFOLATE PLUS.....	148	<i>eq space chamber anti-static m</i>	104	EXEL COMFORT POINT PEN	
ELIGARD.....	23	<i>eq space chamber anti-static s</i>	104	NEEDLE.....	65
ELINEST.....	68	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	171	<i>exemestane</i>	23
ELIQUIS.....	89	<i>eql b complex 50</i>	149	EXKIVITY.....	16
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	89	<i>eql b-6</i>	149	<i>eye multivitamin</i>	149
ELLECE.....	24	<i>eql calcium citrate/vitamin d</i>	138	<i>eye multivitamin/lutein</i>	149
<i>ellume covid-19 home test</i>	45	<i>eql calcium citrate/vitamin d3</i>	138	EYSUVIS.....	96
ELURYNG.....	68	<i>eql calcium/vitamin d</i>	138	<i>ezetimibe</i>	54
EMERGEN-C VITAMIN C.....	148	<i>eql calcium/vitamin d3</i>	138	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	54
EMOLLIA-CREME.....	171	<i>eql child multivit/minerals</i>	149	<i>fabb</i>	149
<i>emollient base</i>	60	<i>eql coq10</i>	131	FABRAZYME.....	74
EMSAM.....	121	<i>eql iron supplement therapy</i>	91	FALMINA.....	68
<i>emtricitabine</i>	41	<i>eql slow release iron</i>	91	<i>famciclovir</i>	47
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	43	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	149	<i>famotidine</i>	78, 79
EMTRIVA.....	41	<i>eql vitamin b-12</i>	149	<i>famotidine (pf)</i>	78
EMVERM.....	45	<i>eql vitamin c</i>	149	<i>famotidine premixed</i>	79
EMZAHH.....	68	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	149	FANAPT.....	123
<i>enalapril maleate</i>	59	<i>eql vitamin d3</i>	149	FANAPT TITRATION PACK.....	123
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>eql vitamin e</i>	149	FANTASY LUBRICATED.....	68
ENBREL.....	27	<i>ergocalciferol</i>	149	FANTASY	
ENBREL MINI.....	27	<i>ergotamine-caffeine</i>	126	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	68
ENBREL SURECLICK.....	27	ERIVEDGE.....	16	FARXIGA.....	63
ENDARI.....	90	ERLEADA.....	23	FASENRA.....	104
ENDOCET.....	35	<i>erlotinib hcl</i>	16	FASENRA PEN.....	104
ENDUR-ACIN.....	149	ERRIN.....	68	FC2 FEMALE CONDOM.....	68
ENDUR-C.....	149	<i>ertapenem sodium</i>	45	<i>felbamate</i>	115
<i>enema</i>	84	<i>ery</i>	167	<i>felodipine er</i>	56
<i>enema ready-to-use</i>	84	ERY-TAB.....	50	<i>fenofibrate</i>	54
ENEMEEZ MINI.....	84	ERYTHROCIN LACTOBIONATE... ..	50	<i>fenofibrate micronized</i>	54
ENEMEEZ PLUS.....	84	ERYTHROCIN STEARATE.....	50	<i>fentanyl</i>	36
ENFAMIL ENFALYTE.....	134	<i>erythromycin</i>	50, 96, 167	<i>fentanyl citrate</i>	35
ENGERIX-B.....	31	<i>erythromycin base</i>	50	FERAHEME.....	91
ENILLORING.....	68	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	50	FERATE.....	91
<i>enoxaparin sodium</i>	89	<i>erythromycin lactobionate</i>	50	FERGON.....	91
ENPRESSE-28.....	68	<i>escitalopram oxalate</i>	121	FERIVA 21/7.....	91
ENSKYCE.....	68	<i>esomeprazole magnesium</i>	83	FERIVAF.....	92
ENSTILAR.....	169	ESTARYLLA.....	68	FEROSUL.....	92
<i>entacapone</i>	118	ESTER-C.....	149	FERRALET 90.....	92
<i>entecavir</i>	47	<i>estradiol</i>	75, 76	<i>ferretts</i>	92
ENTRESTO.....	57	<i>estradiol valerate</i>	76	FERREX 150.....	92
<i>enulose</i>	84	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	76	<i>ferric x-150</i>	92
EPCLUSA.....	47	<i>eszopiclone</i>	127	FERRLECIT.....	92
EPIDIOLEX.....	115	<i>ethambutol hcl</i>	42	<i>ferrous fumarate</i>	92
<i>epinephrine</i>	104	<i>ethosuximide</i>	115	<i>ferrous gluconate</i>	92
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	58	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	68	<i>ferrous sulfate</i>	92
EPITOL.....	115	<i>etodolac</i>	34	FETZIMA.....	121
<i>eplerenone</i>	52	<i>etodolac er</i>	34	FETZIMA TITRATION.....	121
EPRONTIA.....	115	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	68	FEVERALL ADULTS.....	38
<i>epsom salt</i>	84	<i>etoposide</i>	26	FEVERALL CHILDRENS.....	38
<i>eq calcium 500+d</i>	138	<i>etravirine</i>	41	FEVERALL INFANTS.....	38

FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 38	<i>folagent dha</i> 150	<i>genadek step 2</i> 151
<i>fexofenadine hcl</i> 101	<i>folamed dha</i> 150	<i>generlac</i> 85
FIASP.....65	<i>folate</i> 150	GENGRAF..... 30
FIASP FLEXTOUCH.....65	<i>folbee</i> 150	GENOTROPIN..... 74
FIASP PENFILL..... 65	<i>folbee plus</i>.....150	GENOTROPIN MINIQUICK..... 74
FIASP PUMPCART..... 65	<i>folic acid</i> 150	<i>gentamicin in saline</i> 45
<i>fiber</i> 84	FOLITAB 500..... 92	<i>gentamicin sulfate</i> 45, 96, 168
<i>fiber laxative</i> 84	<i>folite</i> 150	GENTEAL SEVERE.....97
<i>fiber-lax</i> 84	FOLIVANE-F.....92	GENTEAL TEARS..... 97
<i>finasteride</i> 89	FOLIVANE-PLUS.....92	GENTEAL TEARS MODERATE PF 97
<i>finngolimod hcl</i> 127	FOLIXAPURE..... 150	<i>gentle laxative</i> 85
FINTEPLA..... 115	<i>folplex 2.2</i>.....150	<i>gentlelax</i>.....85
FINZALA..... 69	FOLTABS 800.....150	GENVOYA..... 43
FIRMAGON.....23	FOLTANX..... 150	GERBER GROW MIGHTY..... 151
FIRMAGON (240 MG DOSE)..... 23	FOLTRATE..... 150	GERBER LIL' BRAINIES..... 151
<i>first aid antiseptic</i> 172	FOLTREXYL..... 150	GERITOL COMPLETE..... 151
FLAC.....99	<i>fondaparinux sodium</i>.....89	GILOTRIF..... 16
FLAREX.....97	<i>fosamprenavir calcium</i> 41	<i>glatiramer acetate</i> 127
FLEBOGAMMA DIF.....29	<i>fosinopril sodium</i>.....59	GLATOPA..... 127
<i>flecainide acetate</i> 53	<i>fosinopril sodium-hctz</i> 57	GLEOSTINE..... 14
FLEET ENEMA..... 84	FOTIVDA..... 16	<i>glimepiride</i>.....63
FLEXICHAMBER..... 104	<i>fruit c</i> 150	<i>glipizide</i> 63
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA..... 149	<i>fruit c 500</i> 150	<i>glipizide er</i>.....63
FLINTSTONES COMPLETE..... 149	<i>fruity c</i> 150	<i>glipizide xl</i>.....63
FLINTSTONES GUMMIES..... 150	<i>fruity chews</i> 150	<i>glipizide-metformin hcl</i>.....63
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD..... 149	FRUZAQLA..... 16	<i>global alcohol prep ease</i> 65
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE..... 150	<i>full spectrum b/vitamin c</i> 150	<i>glucoten</i> 151
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY..... 150	<i>fulvestrant</i> 23	<i>glutamine</i> 131
FLINTSTONES PLUS CALCIUM...150	FUNGOID TINCTURE..... 166	GLUTOSE 5.....62
FLINTSTONES SOUR GUMMIES.150	<i>furosemide</i> 58	<i>glycerin (adult)</i> 85
FLINTSTONES W/IRON..... 150	FUSION..... 92	<i>glycerin (infants & children)</i>.....85
FLINTSTONES/MY FIRST..... 150	FUSION PLUS.....92	<i>glycerin adult</i>.....85
FLORIVA PLUS..... 150	FUZEON..... 41	<i>glycerin childrens</i> 85
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....45	FYAVOLV..... 76	GLYCOLAX.....85
<i>fluconazole</i>.....43	FYCOMPA..... 116	<i>glycopyrrolate</i>.....82
<i>fluconazole in sodium chloride</i>.....43	<i>gabapentin</i> 116, 128	GLYDO..... 167
<i>flucytosine</i> 43	<i>galantamine hydrobromide</i> 120	GLYXAMBI.....63
<i>fludrocortisone acetate</i>.....76	<i>galantamine hydrobromide er</i> 120	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i> 38
<i>flunisolide</i> 106	GAMASTAN..... 29	<i>gnp 8 hour pain relief</i> 38
<i>fluocinolone acetonide</i> 99, 169	GAMMAGARD..... 29	<i>gnp 8 hour pain reliever</i> 38
<i>fluocinolone acetonide body</i> 169	GAMMAGARD S/D LESS IGA..... 29	<i>gnp acetaminophen</i> 38
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> 169	GAMMAKED..... 29	<i>gnp all day allergy</i> 101
<i>fluocinonide</i> 169	GAMMAPLEX..... 29	<i>gnp all day allergy childrens</i>.....101
<i>fluocinonide emulsified base</i> 169	GAMUNEX-C..... 29	<i>gnp all day allergy-d</i> 108
<i>fluoritab</i> 138	<i>ganciclovir sodium</i> 47	<i>gnp allergy</i> 101
<i>fluorometholone</i> 97	GARDASIL 9.....31	<i>gnp allergy & congestion</i>.....108
<i>fluorouracil</i> 24, 172	<i>gas relief extra strength</i> 82	<i>gnp allergy relief</i>.....101
<i>fluoxetine hcl</i> 121	<i>gas relief ultra strength</i> 82	<i>gnp allergy relief 24 hr</i> 101
<i>fluphenazine decanoate</i> 123	<i>gatifloxacin</i> 96	<i>gnp allergy relief max st</i> 101
<i>fluphenazine hcl</i> 123	GATTEX.....82	<i>gnp allergy/congestion relief</i> 108
<i>flurbiprofen</i> 34	<i>gavilax</i>.....84	<i>gnp antacid</i> 79
<i>flurbiprofen sodium</i> 97	GAVILYTE-C.....84	<i>gnp antacid & anti-gas</i> 79
<i>fluticasone propionate</i> 106, 169	GAVILYTE-G..... 85	<i>gnp antacid regular strength</i> 79
<i>fluticasone-salmeterol</i> 103	GAVRETO..... 16	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>.....45
<i>fluvoxamine maleate</i> 119	<i>gefitinib</i> 16	<i>gnp anti-diarrheal</i> 80
	<i>gemcitabine hcl</i> 24	<i>gnp anti-gas</i> 82
	<i>gemfibrozil</i>.....54	<i>gnp anti-itch</i> 172
	GEMTESA..... 88	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i> 172
	GENABIO COVID-19 RAPID TEST.45	<i>gnp artificial tears</i> 97
	<i>genadek step 1</i> 151	<i>gnp aspirin</i> 38

<i>gnp aspirin low dose</i>	38	<i>gnp pain relief</i>	38	<i>goodsense tussin dm</i>	109
<i>gnp athletes foot</i>	166	<i>gnp pain relief extra strength</i>	38	<i>goodsense tussin dm max</i>	109
<i>gnp bacitracin zinc</i>	168	<i>gnp pain relief nighttime</i>	129	<i>granisetron hcl</i>	81
<i>gnp biotin</i>	151	<i>gnp pink bismuth</i>	80	<i>grape flavor</i>	60
<i>gnp calcium</i>	138	<i>gnp prenatal</i>	151	<i>griseofulvin microsize</i>	43
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	138	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	109	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43
<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	138	<i>gnp senna plus</i>	85	<i>guaifenesin</i>	109
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	138	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	166	<i>guaifenesin er</i>	109
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	138	<i>gnp tolnaftate</i>	166	<i>guaifenesin-codeine</i>	109
<i>gnp childrens allergy</i>	101	<i>gnp triple antibiotic</i>	168	<i>guaifenesin-dm</i>	109
<i>gnp childrens chewables/lex c</i>	151	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	168	<i>guanfacine hcl</i>	58
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	34	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	109	<i>guanfacine hcl er</i>	130, 131
GNP CLEARLAX.....	85	<i>gnp tussin cough long acting</i>	109	GUMMI BEAR	
<i>gnp clotrimazole 3</i>	88	<i>gnp tussin dm</i>	109	MULTIVITAMIN/MIN.....	152
<i>gnp co q10</i>	132	<i>gnp tussin dm cough</i>	109	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	62
<i>gnp co q-10</i>	132	<i>gnp tussin dm max</i>	109	GVOKE KIT.....	62
<i>gnp cough dm er</i>	108	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	109	GVOKE PFS.....	62
<i>gnp d 1000</i>	151	<i>gnp vitamin a</i>	151	HAEGARDA.....	90
<i>gnp earwax removal drops</i>	173	<i>gnp vitamin b-1</i>	151	HAILEY 1.5/30.....	69
<i>gnp earwax removal kit</i>	173	<i>gnp vitamin b-12</i>	151	HAILEY 24 FE.....	69
<i>gnp essential one daily</i>	151	<i>gnp vitamin b-6</i>	151	<i>hair skin nails</i>	152
<i>gnp fiber</i>	85	<i>gnp vitamin c</i>	151	<i>hair/skin/nails</i>	152
<i>gnp folic acid</i>	151	<i>gnp vitamin c drops</i>	151	<i>halobetasol propionate</i>	169
<i>gnp gas relief</i>	82	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	151	HALOETTE.....	69
<i>gnp gentle laxative</i>	85	<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	151	<i>haloperidol</i>	123
<i>gnp glycerin (adult)</i>	85	<i>gnp vitamin d</i>	151	<i>haloperidol decanoate</i>	123
<i>gnp glycerin child</i>	85	<i>gnp vitamin d maximum strength</i> ...	151	<i>haloperidol lactate</i>	123
<i>gnp ibuprofen</i>	34	<i>gnp vitamin d super strength</i>	151	HARVONI.....	47
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	34	<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	151	HAVRIX.....	31
<i>gnp ibuprofen infants</i>	34	<i>gnp vitamin d-400</i>	151	<i>healthy eyes supervision 2</i>	152
<i>gnp infants pain/fever</i>	38	<i>gnp vitamin e</i>	151, 152	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	152
<i>gnp iron</i>	92	<i>gnp womens gentle laxative</i>	85	<i>healthy hair/skin/nails</i>	152
<i>gnp lice treatment</i>	170	GOLD BOND ULTIMATE		<i>healthy kids gummies</i>	152
<i>gnp little ones childrens</i>	151	HEALING.....	172	HEALTHYLAX.....	85
<i>gnp loperamide hcl</i>	80	<i>goodsense all day allergy</i>	101	HEATHER.....	69
<i>gnp loratadine</i>	101	<i>goodsense aller-ease</i>	101	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	135
<i>gnp loratadine childrens</i>	101	<i>goodsense allergy relief</i>	101	HEMATEX.....	92
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	97	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	80	<i>hematinic/folic acid</i>	92
<i>gnp magnesium oxide</i>	79	<i>goodsense arthritis pain</i>	38	HEMATOGEN FA.....	92
<i>gnp melatonin</i>	132	<i>goodsense aspirin</i>	38	HEMOCYTE PLUS.....	92
<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	132	<i>goodsense aspirin low dose</i>	38	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	89
<i>gnp miconazole 1</i>	88	GOODSENSE CLEARLAX.....	85	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	90
<i>gnp miconazole 3</i>	88	<i>goodsense cough dm</i>	109	<i>heparin sodium (porcine)</i>	90
<i>gnp miconazole 7</i>	88	<i>goodsense cough dm childrens</i>	109	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	90
<i>gnp milk of magnesia</i>	85	<i>goodsense epsom salt</i>	85	HEPLISAV-B.....	31
<i>gnp mineral oil</i>	85	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	168	HERCEPTIN.....	16
<i>gnp mucus er</i>	108	<i>goodsense ibuprofen</i>	34	HERCEPTIN HYLECTA.....	16
<i>gnp mucus relief</i>	108	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	34	HERZUMA.....	16
<i>gnp nasal decongestant</i>	109	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	34	HIBERIX.....	32
<i>gnp nasal decongestant pe</i>	109	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	97	<i>high potency multivitamin</i>	152
<i>gnp nasal spray</i>	109	<i>goodsense mineral oil</i>	85	<i>hm acetaminophen childrens</i>	38
<i>gnp nasal spray extra moist</i>	109	<i>goodsense mucus er</i>	109	<i>hm adult aspirin</i>	38
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	109	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	109	<i>hm all day allergy childrens</i>	101
<i>gnp natural fiber</i>	85	<i>goodsense mucus relief child</i>	109	<i>hm allergy relief</i>	101
<i>gnp nicotine</i>	128, 129	<i>goodsense nicotine</i>	129	<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	101
<i>gnp nicotine mini</i>	128, 129	<i>goodsense pain & fever child</i>	38	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	109
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	129	<i>goodsense pain & fever infants</i>	38	<i>hm antacid</i>	79
<i>gnp no drip nasal spray</i>	109	<i>goodsense pain relief</i>	38	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	79
<i>gnp pain & fever childrens</i>	38	<i>goodsense pain relief extra st</i>	38	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	172
<i>gnp pain & fever infants</i>	38	<i>goodsense tussin cf</i>	109	<i>hm arthritis pain relief</i>	39

<i>hm aspirin</i>	39	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	110	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	105
<i>hm aspirin ec low dose</i>	39	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	35	INSPIREASE.....	105
<i>hm bacitracin zinc</i>	168	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	35	INTEGRA.....	92
<i>hm biotin</i>	152	<i>hydrocortisone</i>	76, 83, 169, 170	INTEGRA F.....	92
<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	138	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	172	INTEGRA PLUS.....	92
<i>hm cetirizine hcl</i>	101	<i>hydromet</i>	110	INTELENCE.....	41
HM CLEARLAX.....	85	<i>hydromorphone hcl</i>	35	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	45
<i>hm cough dm</i>	109	<i>hydrous emulsified base</i>	60	INTRALIPID.....	142
<i>hm dry eye relief</i>	97	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	152	INTROVALE.....	69
<i>hm enema</i>	85	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	31	INVEGA HAFYERA.....	123
<i>hm gas relief</i>	82	<i>hydroxyurea</i>	25	INVEGA SUSTENNA.....	123
<i>hm gas relief infants drops</i>	82	<i>hydroxyzine hcl</i>	102	INVEGA TRINZA.....	123
<i>hm gentle laxative</i>	85	<i>hydroxyzine pamoate</i>	102	IPOL.....	32
<i>hm ibuprofen</i>	34	HYSINGLA ER.....	36	<i>ipratropium bromide</i>	100
<i>hm ibuprofen childrens</i>	34	<i>ibandronate sodium</i>	78	<i>ipratropium-albuterol</i>	103
<i>hm laxative</i>	85	IBRANCE.....	16, 17	<i>irbesartan</i>	53
<i>hm lidocaine patch</i>	172	IBU.....	34	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	57
<i>hm loratadine</i>	102	<i>ibuprofen</i>	34	<i>irinotecan hcl</i>	25
<i>hm loratadine childrens</i>	102	<i>ibuprofen childrens</i>	34	<i>iron</i>	93
<i>hm lubricating tears</i>	97	<i>ibuprofen junior strength</i>	34	<i>iron 27</i>	93
<i>hm milk of magnesia</i>	85	ICAPS.....	152	<i>iron chews pediatric</i>	93
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	110	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	152	<i>iron high-potency</i>	93
<i>hm nasal decongestant pe</i>	110	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	152	<i>iron slow release</i>	93
<i>hm nicotine</i>	129	<i>icatibant acetate</i>	90	<i>iron supplement</i>	93
<i>hm nicotine polacrilex</i>	129	ICLEVIA.....	69	IRON UP.....	93
<i>hm nose drops</i>	110	ICLUSIG.....	17	IS-D 10,000.....	152
<i>hm pain reliever</i>	39	IDACIO (2 PEN).....	27	ISENTRESS.....	41
<i>hm petroleum jelly</i>	60	IDACIO (2 SYRINGE).....	28	ISENTRESS HD.....	41
<i>hm senna</i>	85	IDACIO-CROHNS/UC STARTER.....	28	ISIBLOOM.....	69
<i>hm stomach relief ultra</i>	80	IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	28	ISOLYTE-P IN D5W.....	132
<i>hm stool softener</i>	86	IDHIFA.....	17	ISOLYTE-S.....	132
<i>hm stool softener/laxative</i>	86	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	45	ISOLYTE-S PH 7.4.....	132
<i>hm triple antibiotic</i>	168	<i>imatinib mesylate</i>	17	<i>isoniazid</i>	42
<i>hm triple antibiotic max st</i>	168	IMBRUVICA.....	17	<i>isosorbide dinitrate</i>	59
<i>hm vitamin b-12</i>	152	<i>imipenem-cilastatin</i>	45	<i>isosorbide mononitrate</i>	59
<i>hm vitamin c</i>	152	<i>imipramine hcl</i>	121	<i>isosorbide mononitrate er</i>	59
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	152	<i>imiquimod</i>	172	<i>isotretinoin</i>	167
HUMIRA (2 PEN).....	27	<i>immune support</i>	152	<i>isradipine</i>	56
HUMIRA (2 SYRINGE).....	27	IMMUNERX.....	152	<i>itch relief extra strength</i>	172
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	27	IMOVAX RABIES.....	32	<i>itraconazole</i>	43
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER.....	27	INBRIJA.....	119	<i>ivermectin</i>	45
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START.....	27	INCASSIA.....	69	IWILFIN.....	25
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER.....	27	INCRELEX.....	74	IXCHIQ.....	32
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.....	27	INCRUSE ELLIPTA.....	99	IXIARO.....	32
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER.....	27	<i>indapamide</i>	58	JAKAFI.....	17
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	65	INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	45	JANTOVEN.....	90
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	66	INFANRIX.....	32	JANUMET.....	63
HYCODAN.....	110	<i>infants ibuprofen</i>	34	JANUMET XR.....	63, 64
<i>hydralazine hcl</i>	58	INFED.....	92	JANUVIA.....	64
HYDRALYTE.....	135	<i>infliximab</i>	28	JARDIANCE.....	64
HYDRASYN25.....	172	INFUVITE ADULT.....	152	JASMIEL.....	69
<i>hydrochlorothiazide</i>	58	INFUVITE PEDIATRIC.....	152	JAVYGTOR.....	74
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	110	INJECTAFER.....	92	JAYPIRCA.....	17
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	36	INLYTA.....	17	JENTADUETO.....	64
		INQOVI.....	25	JENTADUETO XR.....	64
		INREBIC.....	17	JINTELI.....	76
		INSPIRACHAMBER/LARGE.....	104	JOLESSA.....	69
		INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	104	JULEBER.....	69
		INSPIRACHAMBER/MOUTHPIEC E.....	104	JULUCA.....	43

JUNEL 1.5/30.....	69	<i>kp calcium citrate+d</i>	138	<i>levetiracetam in nacl</i>	128
JUNEL 1/20.....	69	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	139	<i>levobunolol hcl</i>	95
JUNEL FE 1.5/30.....	69	<i>kp ferrous gluconate</i>	93	<i>levocarnitine</i>	74
JUNEL FE 1/20.....	69	<i>kp ferrous sulfate</i>	93	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	102
JUNEL FE 24.....	69	<i>kp folic acid</i>	152	<i>levofloxacin</i>	50
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	152	<i>kp mag-oxide magnesium</i>	139	<i>levofloxacin in d5w</i>	50
JYLAMVO.....	31	<i>kp melatonin</i>	132	LEVONEST.....	70
JYNNEOS.....	32	<i>kp niacin</i>	152	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	70
KADCYLA.....	17	<i>kp prenatal multivitamins</i>	152	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	70
KAITLIB FE.....	69	<i>kp vitamin b-12</i>	152	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	70
KALYDECO.....	105	<i>kp vitamin b-6</i>	152	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	70
KANJINTI.....	17	<i>kp vitamin d</i>	152	LEVORA 0.15/30 (28).....	70
KARIVA.....	69	<i>kp vitamin d3</i>	153	LEVO-T.....	61
<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	133	KRAZATI.....	18	<i>levothyroxine sodium</i>	61
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	133	KURVELO.....	69	LEVOXYL.....	61
KELNOR 1/35.....	69	<i>labetalol hcl</i>	55	LEXIVA.....	41
KELNOR 1/50.....	69	LAC-HYDRIN FIVE.....	172	<i>lice killing</i>	170
KERADAN.....	172	<i>lacosamide</i>	116, 128	<i>lice killing maximum strength</i>	170
KERENDIA.....	52	<i>lactated ringers</i>	133	<i>lice treatment creme rinse</i>	170
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	172	<i>lactulose</i>	86	<i>lidocaine</i>	167
KESIMPTA.....	127	<i>lactulose encephalopathy</i>	86	<i>lidocaine hcl</i>	40, 167
<i>ketoconazole</i>	43, 166, 168	<i>lamivudine</i>	41, 47	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	40
KETO-DIASTIX.....	74	<i>lamivudine-zidovudine</i>	43	<i>lidocaine pain relief</i>	172
<i>ketorolac tromethamine</i>	97	<i>lamotrigine</i>	116	<i>lidocaine pain relieving</i>	172
KEVZARA.....	28	<i>lamotrigine er</i>	116	<i>lidocaine viscous hcl</i>	165
KEYTRUDA.....	17	<i>lansoprazole</i>	84	<i>lidocaine-prilocaine</i>	167
<i>kimono</i>	69	<i>lanthanum carbonate</i>	61	LIDOCAN.....	167
KIMONO COLORS.....	69	LANTUS.....	66	<i>linezolid</i>	45
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	69	LANTUS SOLOSTAR.....	66	<i>linezolid in sodium chloride</i>	45
<i>kimono micro thin</i>	69	<i>lapatinib ditosylate</i>	18	LINZESS.....	82
<i>kimono micro thin plus</i>	69	LARIN 1.5/30.....	69	<i>liothyronine sodium</i>	61
<i>kimono plus</i>	69	LARIN 1/20.....	69	<i>liquid acetaminophen</i>	39
<i>kimono sensation</i>	69	LARIN 24 FE.....	69	<i>liquid allergy relief</i>	102
<i>kimono sensation plus</i>	69	LARIN FE 1.5/30.....	70	<i>lisinopril</i>	59
KIMONO SPECIAL.....	69	LARIN FE 1/20.....	70	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	57
KINDERLYTE.....	135	<i>latanoprost</i>	95	<i>lithium</i>	126
KINDERLYTE PREMAX.....	135	<i>laxative max str</i>	86	<i>lithium carbonate</i>	126
KINRIX.....	32	<i>laxative regular strength</i>	86	<i>lithium carbonate er</i>	126
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	LAYOLIS FE.....	70	<i>l-methylfolate calcium</i>	153
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	<i>leader finger cream</i>	172	<i>l-methyl-mc</i>	153
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	LEENA.....	70	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	70
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	25	<i>leflunomide</i>	31	LOESTRIN 1/20 (21).....	70
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	25	<i>lenalidomide</i>	26	LOESTRIN FE 1.5/30.....	70
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	25	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN FE 1/20.....	70
KLAYESTA.....	166	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	18	<i>lohist-dm</i>	110
KLOR-CON.....	134	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	18	LOKELMA.....	62
KLOR-CON 10.....	134	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	18	LOMAIRA.....	77
KLOR-CON M10.....	134	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	18	LONSURF.....	25
KLOR-CON M15.....	134	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	18	<i>loperamide hcl</i>	80, 82
KLOR-CON M20.....	134	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	<i>lopinavir-ritonavir</i>	43
<i>kobee</i>	152	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18	<i>loratadine</i>	102
<i>konsyl daily fiber</i>	86	LESSINA.....	70	<i>loratadine childrens</i>	102
KORLYM.....	74	<i>letrozole</i>	23	<i>loratadine-d 12hr</i>	110
KOSELUGO.....	18	<i>leucovorin calcium</i>	24	<i>loratadine-d 24hr</i>	110
KOURZEQ.....	165	LEUKERAN.....	14	<i>lorazepam</i>	119
<i>kp b complex-c</i>	152	<i>leuprolide acetate</i>	23	LORAZEPAM INTENSOL.....	119
<i>kp calcium 600+d</i>	138	<i>levalbuterol hcl</i>	99	LORBRENA.....	18
		<i>levalbuterol tartrate</i>	99	LORYNA.....	70
		<i>levetiracetam</i>	116, 128	<i>losartan potassium</i>	53
		<i>levetiracetam er</i>	116	<i>losartan potassium-hctz</i>	57

LOTEMAX.....	97	MAVYRET.....	47	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	55
loteprednol etabonate.....	97	MAXIFED.....	110	metronidazole.....	45, 88, 172
lovastatin.....	54	MAXIMUM D3.....	153	metyrosine.....	58
LOW-OGESTREL.....	70	maxi-tuss ac.....	110	mgo.....	139
loxapine succinate.....	124	maxi-tuss cd.....	110	MIBELAS 24 FE.....	70
lubricant eye drops.....	97	maxi-tuss g.....	110	micafungin sodium.....	44
lubricating eye drops.....	97	maxi-tuss gmx.....	110	miconazole 3 combo-supp.....	88
lubricating plus eye drops.....	97	maxx.....	70	miconazole 7.....	88
lubricating tears eye drops.....	97	maxx plus.....	70	miconazole nitrate.....	88, 166
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST.....	45	m-clear wc.....	110	MICROCHAMBER.....	105
LUMAKRAS.....	18	m-dryl.....	102	microderm base.....	60
LUMIGAN.....	95	meclizine hcl.....	81	MICROGESTIN 1.5/30.....	71
LUMIZYME.....	74	medroxyprogesterone acetate... ..	70, 78	MICROGESTIN 1/20.....	71
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	23	mefloquine hcl.....	47	MICROGESTIN 24 FE.....	71
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	23	megestrol acetate.....	23, 78	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	71
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	74	meijer c.....	153	MICROGESTIN FE 1/20.....	71
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	74	meijer ibuprofen.....	34	MICROSOME BASE.....	60
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	75	MEKINIST.....	19	MICROSPACER.....	105
lurasidone hcl.....	124	MEKTOVI.....	19	midodrine hcl.....	58
LUTERA.....	70	melatonin.....	60, 132	MIEBO.....	97
LYLEQ.....	70	melatonin maximum strength.....	132	mifepristone.....	75
LYLLANA.....	76	meloxicam.....	34	miglustat.....	75
LYNPARZA.....	18	memantine hcl.....	120	MILI.....	71
LYSIPLEX PLUS.....	153	memantine hcl er.....	120	milk of magnesia.....	86
LYSODREN.....	23	MENACTRA.....	32	MIMVEY.....	76
LYTGObI (12 MG DAILY DOSE).....	18	M-END PE.....	110	mineral oil.....	86
LYTGObI (16 MG DAILY DOSE).....	18	MENQUADFI.....	32	minocycline hcl.....	52
LYTGObI (20 MG DAILY DOSE).....	19	mens 50+ advanced.....	153	minoxidil.....	58
LYZA.....	70	mens daily formula/lycopene.....	153	mintox maximum strength.....	80
MACULAR HEALTH FORMULA....	153	mens multivitamin.....	153	MINTOX PLUS.....	80
MAG64.....	139	MENVEO.....	32	MIRALAX.....	86
mag-al plus.....	79	mercaptopurine.....	25	mirtazapine.....	121
mag-al plus xs.....	79	MERIBIN.....	153	misoprostol.....	82
MAGDELAY.....	139	meropenem.....	45	MITIGARE.....	40
mag-g.....	139	mesalamine.....	83	M-M-R II.....	32
MAGNEBIND 300.....	139	mesalamine er.....	83	m-natal plus.....	134
MAGNEBIND 400.....	139	mesalamine-cleanser.....	83	modafinil.....	128
magnesium.....	139	MESNEX.....	24	moexipril hcl.....	59
magnesium gluconate.....	139	METAFOlBIC PLUS.....	153	moisturizing cream.....	172
magnesium lactate.....	139	metformin hcl.....	64	molindone hcl.....	124
magnesium oxide.....	80	metformin hcl er.....	64	mometasone furoate.....	170
magnesium oxide -mg supplement	79, 139	methadone hcl.....	36	MONISTAT 7 COMBO PACK APP..	88
magnesium sulfate.....	133	METHADONE HCL INTENSOL.....	36	MONJUVI.....	19
magnesium sulfate in d5w.....	133	methazolamide.....	58	MONOFERRIC.....	93
MAGNESIUM-OXIDE.....	139	methenamine hippurate.....	45	MONO-LINYAH.....	71
MAGOX 400.....	139	methimazole.....	61	montelukast sodium.....	107
MAG-OXIDE.....	139	methocarbamol.....	119	MOOD FOOD ES.....	153
malathion.....	170	methotrexate sodium.....	25, 31	morphine sulfate.....	35, 36
manganese chloride.....	139	methotrexate sodium (pf).....	25	morphine sulfate (concentrate).....	35
mapap.....	39	methsuximide.....	116	morphine sulfate (pf).....	35
mapap arthritis pain.....	39	methylphenidate hcl.....	131	morphine sulfate er.....	36
MAPAP CHILDRENS.....	39	methylphenidate hcl er.....	131	MOUNJARO.....	64
maraviroc.....	41	methylprednisolone.....	77	MOVANTIK.....	82
MAR-COF BP.....	110	methylprednisolone acetate.....	76	moxifloxacin hcl.....	51, 96
MAR-COF CG EXPECTORANT....	110	methylprednisolone sodium succ.....	77	moxifloxacin hcl in nacl.....	50
marlissa.....	70	methyltestosterone.....	63	m-pap.....	39
MARPLAN.....	121	metoclopramide hcl.....	81	MUCINEX.....	111
MATULANE.....	25	metolazone.....	58	MUCINEX CHILDRENS FREEFROM.....	110
		metoprolol succinate er.....	55		
		metoprolol tartrate.....	55		

MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE.....	110	MVW COMPLETE FORMULATION.....	154	nevirapine er.....	41
MUCINEX COUGH CHILDRENS..	110	MVW COMPLETE FORMULATION D3000.....	154	NEXAVAR.....	19
MUCINEX DM.....	110	MVW COMPLETE FORMULATION D5000.....	154	NEXLETOL.....	54
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS.....	110	MVW COMPLETE FORMULATION MINIS.....	154	NEXLIZET.....	54
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH.....	110	mycophenolate mofetil.....	30	niacin.....	155
MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	111	mycophenolate sodium.....	30	niacin er.....	155
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH.....	111	MYRBETRIQ.....	88	niacin er (antihyperlipidemic).....	54
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	111	na ferric gluc cplx in sucrose.....	93	niacinamide.....	155
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL.....	111	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	86	nicardipine hcl.....	56
mucus & chest congestion.....	111	nabumetone.....	34	NICODERM CQ.....	129
mucus relief.....	111	nadolol.....	55	NICOMIDE.....	155
mucus relief childrens.....	111	nafacillin sodium.....	51	nicotine.....	129
mucus relief cough childrens.....	111	NAGLAZYME.....	75	nicotine mini.....	129
mucus relief dm.....	111	nalbuphine hcl.....	36	nicotine polacrilex.....	129
mucus relief dm max.....	111	naloxone hcl.....	129	nicotine polacrilex mini.....	130
mucus relief er.....	111	naltrexone hcl.....	129	nicotine step 1.....	130
mucus relief max st.....	111	NAMZARIC.....	120	nicotine step 2.....	130
MULTAQ.....	53	NAPHCON-A.....	94	nicotine step 3.....	130
multi + omega-3 adult gummies.....	153	naproxen.....	34	NICOTROL.....	130
multi adult gummies.....	153	naproxen sodium.....	34	NICOTROL NS.....	130
multi for her.....	153	naratriptan hcl.....	126	nifedipine er.....	56
multi for her 50+.....	153	nasal decongestant.....	111	nifedipine er osmotic release.....	56
multi vitamin.....	153	nasal decongestant pe.....	111	NIFEREX.....	93
multi vitamin w/d-3.....	153	nasal decongestant spray.....	111	NIKKI.....	71
MULTIGEN.....	93	nasal four.....	111	nilutamide.....	23
MULTIGEN PLUS.....	93	nasal relief.....	111	nimodipine.....	56
multiple electro type 1 ph 5.5.....	133	nasal spray 12 hour.....	111	NINJACOF-XG.....	111
multiple electro type 1 ph 7.4.....	133	nasal spray extra moisturizing.....	111	NINLARO.....	19
multiple vitamins.....	153	NASCOBAL.....	154	nitazoxanide.....	46
multiple vitamins essential.....	153	NATACYN.....	96	nitisinone.....	75
multiple vitamins/iron.....	153	nateglinide.....	64	NITRO-BID.....	59
multipro.....	153	NATPARA.....	78	nitrofurantoin macrocrystal.....	46
multi-vit/iron/fluoride.....	153	natural c/rose hips.....	154	nitrofurantoin monohyd macro.....	46
multivitamin.....	154	natural psyllium seed.....	86	nitroglycerin.....	59, 60, 172
multi-vitamin.....	154	natural vitamin d-3.....	154	NIVA-FOL.....	155
multivitamin & mineral.....	153	NAYZILAM.....	116	NIVANEX DMX.....	111
multivitamin adult.....	153	nebivolol hcl.....	55	nizatidine.....	79
multivitamin childrens.....	153	NECON 0.5/35 (28).....	71	no drip nasal spray.....	111
multivitamin childrens (w/ fa).....	153	nefazodone hcl.....	121	nohist-dm.....	111
multivitamin childrens gummies.....	153	neomycin sulfate.....	45	NORA-BE.....	71
multi-vitamin gummies.....	153	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	96	norelgestromin-eth estradiol.....	71
multivitamin gummies adult.....	153	neomycin-polymyxin-dexameth.....	95	norethin ace-eth estrad-fe.....	71
multivitamin gummies mens.....	153	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	96	norethindrone.....	71
multivitamin gummies womens.....	153	neomycin-polymyxin-hc.....	95, 99	norethindrone acetate.....	78
multivitamin infant & toddler.....	154	NEO-POLYCIN.....	96	norethindrone acet-ethinyl est.....	71
multivitamin/fluoride.....	154	NEO-POLYCIN HC.....	95	norethindrone-eth estradiol.....	76
multi-vitamin/fluoride.....	154	NEOQ10.....	132	norethindron-ethinyl estrad-fe.....	71
multi-vitamin/fluorideliron.....	154	NEPHPLEX RX.....	154	norethin-eth estradiol-fe.....	71
multi-vitamin/iron.....	154	nephro vitamins.....	154	norgestimate-eth estradiol.....	71
multivitamins plus iron child.....	154	NEPHRON FA.....	93	norgestim-eth estrad triphasic.....	71
multi-vite.....	154	NEPHRO-VITE.....	155	NORLYROC.....	71
multivit-min gummies childrens.....	154	NERLYNX.....	19	NORPACE CR.....	53
mupirocin.....	168	neti pot sinus wash.....	105	NORTREL 0.5/35 (28).....	71
MURO 128.....	97	NEUPRO.....	119	NORTREL 1/35 (21).....	71
		NEUTROGENA HAND.....	172	NORTREL 1/35 (28).....	71
		nevirapine.....	41	NORTREL 7/7/7.....	71
				nortriptyline hcl.....	121
				NORVIR.....	41
				norwegian cod liver oil.....	155
				NOVAFERRUM.....	93

NOVAFERRUM PEDIATRIC	ON/GO ONE COVID-19 HOME	OS-CAL CALCIUM + D3.....	139
DROPS.....	TEST.....	OS-CAL EXTRA D3.....	139
NOVOLIN 70/30.....	<i>ondansetron</i>	<i>oseltamivir phosphate</i>	47
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	<i>ondansetron hcl</i>	OTEZLA.....	28
NOVOLIN N.....	ONE DAILY ESSENTIAL.....	<i>oxacillin sodium</i>	51
NOVOLIN N FLEXPEN.....	<i>one daily multivitamin adult</i>	<i>oxaliplatin</i>	14
NOVOLIN R.....	<i>one daily multivitamin/iron</i>	<i>oxcarbazepine</i>	116
NOVOLIN R FLEXPEN.....	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	<i>oxybutynin chloride</i>	89
NOVOLOG MIX 70/30.....	ONE-A-DAY FOR HER	<i>oxybutynin chloride er</i>	88, 89
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	VITACRAVES.....	<i>oxycodone hcl</i>	36
NUBEQA.....	ONE-A-DAY FOR HIM	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	36
NUDEXTA.....	VITACRAVES.....	OXYCONTIN.....	36
NUFERA.....	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	OYSCO 500+D.....	139
NU-IRON.....	ONE-A-DAY MENS.....	<i>oyster shell calcium</i>	140
NULOJIX.....	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	<i>oyster shell calcium + d</i>	139, 140
NU-MAG.....	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	<i>oyster shell calcium + d3</i>	140
NUPLAZID.....	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	<i>oyster shell calcium plus d</i>	140
NURTEC.....	.....	<i>oyster shell calcium w/d</i>	140
NUTRADERM.....	ONE-A-DAY VITACRAVES	<i>oyster shell calcium/d</i>	140
NUTRILIPID.....	IMMUNITY.....	<i>oyster shell calcium/d3</i>	140
NUZYRA.....	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	140
NYAMYC.....	ONE-A-DAY	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	140
NYLIA 1/35.....	VITACRAVES+OMEGA-3.....	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
NYLIA 7/7/7.....	ONE-A-DAY WOMENS	MG/DOSE).....	64
NYMALIZE.....	VITACRAVES.....	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	64
NYMYO.....	<i>one-daily multi caps</i>	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	64
<i>nystatin</i>	<i>one-daily multi vitamins</i>	PACERONE.....	53
NYSTOP.....	<i>one-daily multi-vitamin</i>	<i>paclitaxel</i>	26
OCELLA.....	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	26
OCTAGAM.....	<i>one-daily/iron</i>	<i>pain & fever childrens</i>	39
<i>octreotide acetate</i>	ONTRUZANT.....	<i>pain & fever infants</i>	39
OCUVITE ADULT 50+.....	ONUREG.....	<i>pain relief</i>	39
OCUVITE ADULT FORMULA.....	OPCON-A.....	<i>pain relief extra strength</i>	39
OCUVITE EYE HEATLH	OPSUMIT.....	<i>pain relief regular strength</i>	39
GUMMIES.....	OPTICHAMBER DIAMOND.....	<i>paliperidone er</i>	124
OCUVITE-LUTEIN.....	OPTICHAMBER DIAMOND-LG	<i>pamidronate disodium</i>	78
ODEFSEY.....	MASK.....	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	156
ODOMZO.....	OPTICHAMBER DIAMOND-MD	PANRETIN.....	172
OFEV.....	MASK.....	<i>pantoprazole sodium</i>	84
<i>ofloxacin</i>	OPTICHAMBER DIAMOND-SM	PANZYGA.....	29
OGIVRI.....	MASK.....	PARAPLATIN.....	14
OGSIVEO.....	OPTIFAST POST BARIATRIC.....	<i>paricalcitol</i>	62
OJJAARA.....	OPTIMAL D3 M.....	<i>paroxetine hcl</i>	121
<i>olanzapine</i>	OPTISOURCE POST BARIATRIC	PAXLOVID (150/100).....	47
<i>olmesartan medoxomil</i>	SURG.....	PAXLOVID (300/100).....	48
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	OPURITY BYPASS OPTIMIZED...	<i>pazopanib hcl</i>	19
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	<i>oral electrolytes</i>	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	156
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	<i>oral suspend</i>	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	156
<i>omeprazole</i>	ORALYTE.....	PCCA BASE 7542.....	60
<i>omnicap</i>	ORAPENN SD ANHYD	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.	60
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)....	SWEETENED.....	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	135
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)....	ORAPENN SD ANHYD	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	135
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)....	UNSWEETEN.....	PEDIA VANCE.....	135
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)....	ORA-PLUS.....	PEDIA-LAX.....	86
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN	ORASEP.....	PEDIALYTE.....	135
3).....	ORAZINC.....	PEDIALYTE ADVANCED CARE...	135
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	ORGOVYX.....	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	135
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	ORKAMBI.....	PEDIALYTE SINGLES.....	135
OMNIPOD GO.....	ORSERDU.....	PEDIARIX.....	32
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST 46	OS-CAL.....	<i>pediatric electrolyte</i>	135

<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	135	PIMTREA.....	72	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	157
PEDVAX HIB.....	32	<i>pindolol</i>	55	<i>prenatal vitamins</i>	157
<i>peg 3350</i>	86	<i>pioglitazone hcl</i>	64	<i>prenataliron</i>	157
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	86	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	64	PRESERVISION AREDS.....	157
<i>peg-3350/electrolytes</i>	86	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	52	PRESERVISION AREDS 2.....	157
PEGASYS.....	48	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	PRESERVISION/LUTEIN.....	157
PEMAZYRE.....	19	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	PRETTY FEET/HANDS.....	172
<i>pemetrexed disodium</i>	25	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PREVALITE.....	54
PENBRAYA.....	32	<i>pirfenidone</i>	105	PREVYMIS.....	48
<i>penicillamine</i>	62	<i>piroxicam</i>	34	PREZCOBIX.....	43
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	51	<i>plain niacin</i>	156	PREZISTA.....	41
<i>penicillin g potassium</i>	52	PLASMA-LYTE 148.....	133	PRIFTIN.....	42
<i>penicillin g sodium</i>	52	PLASMA-LYTE A.....	133	<i>primaquine phosphate</i>	47
<i>penicillin v potassium</i>	52	PLENAMINE.....	142	<i>primidone</i>	117
PEN-KERA.....	172	PLENVU.....	86	PRIORIX.....	32
PENTACEL.....	32	POCKET CHAMBER.....	105	PRIVIGEN.....	29
<i>pentamidine isethionate</i>	46	POCKET SPACER.....	105	<i>pro comfort spacer adult</i>	105
<i>pentoxifylline er</i>	90	<i>podofilox</i>	172	<i>pro comfort spacer child</i>	105
PENTRAVAN.....	172	POLYCIN.....	96	<i>pro comfort spacer infant</i>	105
PENTRAVAN PLUS.....	172	<i>polyethylene glycol 3350</i>	60, 86	<i>probenecid</i>	40
PERIDIN-C.....	156	POLY-IRON 150.....	93	<i>procare spacer/adult mask</i>	105
<i>perindopril erbumine</i>	59	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	96	<i>procare spacer/child mask</i>	105
PERIOGARD.....	165	<i>polysaccharide iron complex</i>	93	<i>prochlorperazine</i>	82
PERIOMED.....	165	<i>polysaccharide-iron complex</i>	93	<i>prochlorperazine edisylate</i>	81
<i>permethrin</i>	170	<i>poly-tussin ac</i>	111	<i>prochlorperazine maleate</i>	81
<i>perphenazine</i>	124	POLY-VENT IR.....	111	PROCRIT.....	91
PERSERIS.....	124	<i>polyvinyl alcohol</i>	98	PROCTO-MED HC.....	173
<i>petrolatum</i>	60	POLY-VI-SOL.....	156	PROCTOSOL HC.....	173
<i>petroleum jelly</i>	60	POLY-VI-SOL/IRON.....	156	PROCTOZONE-HC.....	173
PFCB.....	60	<i>poly-vita</i>	156	<i>progesterone</i>	78
PFIZERPEN.....	52	<i>poly-vitaliron</i>	156	PROGRAF.....	30
<i>pharbedryl</i>	102	<i>poly-vite pediatric</i>	156	PROLASTIN-C.....	105
PHARBETOL.....	39	<i>poly-viteliron</i>	156	PROLENSA.....	97
PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	39	POMALYST.....	26	PROLIA.....	78
PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	60	PORTIA-28.....	72	PROMACTA.....	90, 91
PHARMABASE COSMETIC.....	60	<i>posaconazole</i>	44	<i>promethazine hcl</i>	82
PHARMABASE COSMETIC		<i>potassium chloride</i>	133, 134	<i>promethazine vcl/codeine</i>	112
NATURAL.....	60	<i>potassium chloride crys er</i>	134	<i>promethazine-codeine</i>	112
PHARMABASE LIGHT.....	60	<i>potassium chloride er</i>	134	<i>promethazine-dm</i>	112
PHARMABASE VAGINAL.....	60	<i>potassium chloride in nacl</i>	133	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3.....	140
<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	156	<i>potassium citrate er</i>	89	<i>propafenone hcl</i>	53
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	82	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	133	<i>propafenone hcl er</i>	53
<i>phendimetrazine tartrate</i>	77	<i>povidone-iodine</i>	172	<i>proparacaine hcl</i>	98
<i>phenelzine sulfate</i>	121	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	119	<i>propranolol hcl</i>	55
<i>phenobarbital</i>	116	<i>prasugrel hcl</i>	94	<i>propranolol hcl er</i>	55
<i>phenobarbital sodium</i>	128	<i>pravastatin sodium</i>	54	<i>propylthiouracil</i>	62
<i>phentermine hcl</i>	77	<i>praziquantel</i>	46	PROQUAD.....	32
<i>phenylephrine-dm-gg</i>	111	<i>prazosin hcl</i>	54	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	157
PHENYTEK.....	116	<i>prednisolone</i>	77	PROSOL.....	142
<i>phenytoin</i>	116	<i>prednisolone acetate</i>	97	PROTECT CARDIO AF.....	157
<i>phenytoin sodium</i>	128	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	77, 97	PROTECT PLUS SO.....	157
<i>phenytoin sodium extended</i>	116	<i>prednisone</i>	77	PROTEGRA.....	157
PHESGO.....	19	PREDNISONONE INTENSOL.....	77	<i>protriptyline hcl</i>	121
PHILITH.....	72	<i>preferred plus insulin syringe</i>	66	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	112
PHYTOBASE.....	60	<i>pregabalin</i>	116, 117	<i>pseudoephedrine hcl</i>	112
<i>phytonadione</i>	156	PREHEVBRIO.....	32	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	112
PIFELTRO.....	41	PREMASOL.....	142	PULMOZYME.....	105
<i>pilocarpine hcl</i>	95, 165	<i>prenatal</i>	134, 156, 157	<i>pure calcium carbonate</i>	140
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	46	<i>prenatal 19</i>	156	<i>pure comfort spacer chamber</i>	106
<i>pimozide</i>	124	<i>prenatal one daily</i>	156	<i>purevit dualfe plus</i>	93

PUREWAY-C.....	157	<i>qc stomach relief ultra</i>	81	RABAVERT.....	32
PURIXAN.....	25	<i>qc stool softener</i>	87	<i>rabeprazole sodium</i>	84
<i>px b complex/vitamin c</i>	157	<i>qc stool softener pls laxative</i>	87	RADIANCE PLATINUM VITAMIN	
<i>px calcium</i>	140	<i>qc suphedrine maximum strength</i> ..	112	D3.....	158
PX CHILDRENS VITAMIN.....	157	<i>qc tolnaftate</i>	166	<i>raloxifene hcl</i>	75
<i>px folic acid</i>	157	<i>qc triple antibiotic max st</i>	168	<i>ramipril</i>	59
<i>px ibuprofen</i>	35	<i>qc tussin cf</i>	112	<i>ranolazine er</i>	58
<i>px iron</i>	93	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	112	<i>rasagiline mesylate</i>	119
<i>px stomach relief max st</i>	80	<i>qc tussin mucus/congestion</i>	112	RAYALDEE.....	62
<i>px vitamin c</i>	157	<i>qc vapor inhaler</i>	112	REALITY LATEX CONDOMS.....	72
<i>px vitamin e</i>	157	QINLOCK.....	20	RECLIPSEN.....	72
<i>pyrazinamide</i>	42	Q-SORB CO Q-10.....	132	RECOMBIVAX HB.....	33
<i>pyridostigmine bromide</i>	126	QSYMIA.....	77, 78	RECTIV.....	173
<i>pyridoxine hcl</i>	157	QUADRACEL.....	32	<i>reeses pinworm medicine</i>	46
<i>qc 3 day</i>	88	<i>quetiapine fumarate</i>	124	REFRESH.....	98
<i>qc all day allergy</i>	102	<i>quetiapine fumarate er</i>	124	REFRESH CELLUVISC.....	98
<i>qc allergy childrens</i>	102	QUFLORA FE.....	157	REFRESH LIQUIGEL.....	98
<i>qc antacid</i>	80	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	157	REFRESH OPTIVE.....	98
<i>qc antacid/lanti-gas</i>	80	QUFLORA GUMMIES.....	157	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	98
<i>qc anti-diarrheal</i>	80, 81	QUFLORA PEDIATRIC.....	157, 158	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	166	QUICKVUE AT-HOME COVID-19		PF.....	98
<i>qc arthritis pain relief</i>	39	TEST.....	46	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	98
<i>qc aspirin</i>	39	<i>quinapril hcl</i>	59	REFRESH OPTIVE PF.....	98
<i>qc aspirin low dose</i>	39	<i>quinidine sulfate</i>	53	REFRESH PLUS.....	98
<i>qc calamine</i>	173	<i>quinine sulfate</i>	47	REFRESH RELIEVA.....	98
<i>qc calcium fast dissolution</i>	140	<i>quintabs</i>	158	REFRESH TEARS.....	98
<i>qc childrens allergy</i>	102	QULIPTA.....	126	REGANEX.....	167
<i>qc childrens complete</i>	157	<i>ra balanced b-100</i>	158	REGULOID.....	87
<i>qc childrens ibuprofen</i>	35	<i>ra balanced b-50</i>	158	REHYDRALYTE.....	135
<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	157	<i>ra b-complex</i>	158	RELENZA DISKHALER.....	48
<i>qc clotrimazole</i>	88	<i>ra b-complex with b-12</i>	158	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	66
<i>qc daily multivitamins/iron</i>	157	<i>ra biotin</i>	158	RELISTOR.....	82
<i>qc diarrhea relief</i>	81	<i>ra calcium 600</i>	140	REMICADE.....	28
<i>qc enema</i>	86	<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	140	RENAL.....	158
<i>qc enteric aspirin</i>	39	<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	140	<i>renal vitamin</i>	158
<i>qc epsom salt</i>	86	<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	140	<i>rena-vite</i>	159
<i>qc ferrous sulfate</i>	93	<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	140	RENFLEXIS.....	28
<i>qc fiber laxative</i>	86	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	140	<i>repaglinide</i>	64
<i>qc fiber therapy</i>	86	<i>ra coenzyme q-10</i>	132	REPATHA.....	54
<i>qc gas relief extra strength</i>	82	<i>ra folic acid</i>	158	REPATHA PUSHTRONEX	
<i>qc gentle laxative</i>	86	RA HI CAL.....	140	SYSTEM.....	54
<i>qc ibuprofen</i>	35	<i>ra high potency iron</i>	93	REPATHA SURECLICK.....	54
<i>qc loratadine allergy relief</i>	102	<i>ra iron</i>	93	RESTASIS.....	98
<i>qc loratadine-d</i>	112	<i>ra natural magnesium</i>	140	RESTASIS MULTIDOSE.....	98
<i>qc miconazole 7</i>	88	<i>ra niacin</i>	158	RESTORA RX.....	81
<i>qc milk of magnesia</i>	86	<i>ra no flush niacin</i>	158	RETEVMO.....	20
<i>qc mineral oil heavy</i>	86	<i>ra pediatric electrolyte</i>	135	REVLIMID.....	26
<i>qc mucus relief</i>	112	<i>ra slow release iron</i>	93	REXULTI.....	124
<i>qc mucus relief er</i>	112	<i>ra vitamin a</i>	158	REYATAZ.....	41
<i>qc nasal decongestant pe</i>	112	<i>ra vitamin b-1</i>	158	REZLIDHIA.....	20
<i>qc natural vegetable</i>	86	<i>ra vitamin b12</i>	158	REZUROCK.....	30
<i>qc natura-lax</i>	87	<i>ra vitamin b-12</i>	158	RHOPRESSA.....	95
<i>qc nicotine transdermal system</i>	130	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	158	<i>ribavirin</i>	48
<i>qc non-aspirin childrens</i>	39	<i>ra vitamin b-6</i>	158	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	170
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	39	<i>ra vitamin c</i>	158	<i>rifabutin</i>	42
<i>qc pain relief</i>	39	<i>ra vitamin c cr</i>	158	<i>rifampin</i>	42
<i>qc pain relief childrens</i>	39	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	158	<i>riluzole</i>	126
<i>qc pain relief extra strength</i>	39	<i>ra vitamin d-3</i>	158	<i>rimantadine hcl</i>	48
<i>qc pink bismuth</i>	81	<i>ra vitamins complete childrens</i>	158	RINVOQ.....	28
<i>qc povidone iodine</i>	173	<i>ra zinc</i>	140	RISABAL-PH.....	173

<i>risedronate sodium</i>	78	<i>sevelamer carbonate</i>	61	<i>sm calcium 600+d3</i>	140
<i>risperidone</i>	125	SHAROBEL.....	72	<i>sm calcium citrate+vit d3</i>	140
<i>risperidone microspheres er</i>	124	SHINGRIX.....	33	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	141
RITEFLO.....	106	SIGNIFOR.....	75	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	141
<i>ritonavir</i>	41	<i>siladryl allergy</i>	102	<i>sm calcium/vitamin d</i>	141
<i>rivastigmine</i>	120	<i>sildenafil citrate</i>	59	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	141
<i>rivastigmine tartrate</i>	120	<i>siltussin sa</i>	112	<i>sm calcium-vitamin d</i>	141
RIVELSA.....	72	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	112	<i>sm chewable vitamin c</i>	159
<i>rizatriptan benzoate</i>	126	<i>silver sulfadiazine</i>	168	<i>sm childrens loratadine</i>	102
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	112	SIMBRINZA.....	95	SM CLEARLAX.....	87
ROBAFEN DM.....	112	SIMLIYA.....	72	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	88
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMPESSE.....	72	<i>sm co q-10</i>	132
CONGESTION.....	112	<i>simvastatin</i>	54	<i>sm coenzyme q-10</i>	132
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	112	<i>sinus nasal spray</i>	112	<i>sm ear drops</i>	173
ROCKLATAN.....	95	<i>sinus relief extra strength</i>	112	<i>sm enema</i>	87
<i>roflumilast</i>	106	<i>sirolimus</i>	30	<i>sm fexofenadine hcl</i>	102
<i>ropinirole hcl</i>	119	SIRTURO.....	42	<i>sm fiber</i>	87
<i>rosuvastatin calcium</i>	54	SIVEXTRO.....	46	<i>sm fiber powder</i>	87
ROTARIX.....	33	SKYRIZI.....	28	<i>sm folic acid</i>	159
ROTATEQ.....	33	SKYRIZI PEN.....	28	<i>sm gas relief</i>	83
ROWEEPRA.....	117	SLOW FE.....	93	<i>sm gas relief infants</i>	83
ROZLYTREK.....	20	<i>slow iron</i>	94	<i>sm gentle laxative</i>	87
RUBRACA.....	20	<i>slow release iron</i>	94	<i>sm ibuprofen</i>	35
<i>rufinamide</i>	117	<i>sm 3-day vaginal</i>	88	<i>sm ibuprofen ib</i>	35
RUKOBIA.....	41	<i>sm 8 hour pain relief</i>	39	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	35
RYBELSUS.....	64	<i>sm alcohol</i>	61	<i>sm infants ibuprofen</i>	35
RYDAPT.....	20	<i>sm all day allergy</i>	102	<i>sm iron</i>	94
<i>rynex pse</i>	112	<i>sm all day allergy childrens</i>	102	<i>sm iron slow release</i>	94
SAJAZIR.....	91	<i>sm all day allergy-d</i>	113	<i>sm lice killing max strength</i>	170
SANDIMMUNE.....	30	<i>sm allergy childrens</i>	102	<i>sm lice treatment</i>	170
SANTYL.....	167	<i>sm allergy relief</i>	102	<i>sm loratadine</i>	102
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	75	<i>sm animal shapes complete</i>	159	<i>sm lorata-dine d</i>	113
<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	112	<i>sm animal shapes kids first</i>	159	<i>sm lubricant eye drops</i>	98
<i>sb calcium + d</i>	140	<i>sm antacid</i>	80	<i>sm lubricating plus</i>	98
<i>sb lice killing max st</i>	170	<i>sm antacid advanced</i>	80	<i>sm lubricating tears</i>	98
<i>sb oyster shell calcium</i>	140	<i>sm antacid advanced max st</i>	80	<i>sm magnesium oxide</i>	141
<i>sb pediatric electrolyte</i>	135	<i>sm antacid maximum strength</i>	80	<i>sm miconazole 3</i>	88
<i>sb vitamin c</i>	159	<i>sm antibiotic</i>	168	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	88
<i>scar care</i>	61	<i>sm anti-diarrheal</i>	81	<i>sm miconazole 7</i>	88
SCSEMBLIX.....	20	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	166	<i>sm milk of magnesia</i>	87
<i>scopolamine</i>	82	<i>sm antifungal miconazole</i>	166	<i>sm mucus relief</i>	113
SECUADO.....	125	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	166	<i>sm mucus relief max strength</i>	113
<i>selegiline hcl</i>	119	<i>sm anti-itch extra strength</i>	173	<i>sm multiple vitamins essential</i>	159
<i>selenious acid</i>	142	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	173	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	159
<i>selenium sulfide</i>	168	<i>sm arthritis pain relief</i>	39	<i>sm nasal decongestant max st</i>	113
SELZENTRY.....	41	<i>sm aspirin</i>	40	<i>sm nasal decongestant pe</i>	113
<i>senexon-s</i>	87	<i>sm aspirin adult low strength</i>	40	<i>sm nasal spray</i>	113
<i>senna</i>	87	<i>sm aspirin ec</i>	40	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	113
<i>senna laxative</i>	87	<i>sm aspirin low dose</i>	40	<i>sm nasal spray moisturizing</i>	113
<i>senna plus</i>	87	<i>sm athletes foot</i>	166	<i>sm nasal spray sinus</i>	113
<i>senna s</i>	87	<i>sm b super vitamin complex</i>	159	<i>sm niacin cr</i>	159
<i>senna-lax</i>	87	<i>sm b100 complex</i>	159	<i>sm nicotine</i>	130
<i>senna-tabs</i>	87	<i>sm balanced b-50</i>	159	<i>sm nicotine polacrilex</i>	130
<i>senna-time</i>	87	<i>sm b-complex</i>	159	<i>sm nose drops nasal decongest</i>	113
<i>senna-time s</i>	87	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	159	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	141
SEKOKOT EXTRA STRENGTH.....	87	<i>sm biotin</i>	159	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	141
SEREVENT DISKUS.....	99	<i>sm calamine</i>	173	<i>sm pain & fever childrens</i>	40
<i>sertraline hcl</i>	121	<i>sm calamine phenolated</i>	173	<i>sm pain & fever infants</i>	40
<i>se-tan plus</i>	93	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	140	<i>sm pain relief</i>	40
SETLAKIN.....	72	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	140	<i>sm pain reliever</i>	40

<i>sm pain reliever childrens</i>	40	SSD.....	168	SYSTANE BALANCE.....	98
<i>sm pain reliever ex st</i>	40	STELARA.....	28	SYSTANE COMPLETE.....	98
<i>sm pediatric electrolyte</i>	135	<i>sterile water for irrigation</i>	167	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	160
<i>sm povidone-iodine</i>	173	<i>stimulant laxative</i>	87	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	98
<i>sm slow release dried iron</i>	94	STIVARGA.....	20	SYSTANE ULTRA.....	98
<i>sm slow release iron</i>	94	<i>stomach relief</i>	81	SYSTANE ULTRA PF.....	98
<i>sm stomach relief</i>	81	<i>stomach relief extra strength</i>	81	TAB-A-VITE.....	160
<i>sm stool softener</i>	87	<i>stomach relief ultra</i>	81	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	160
<i>sm stool softener/laxative</i>	87	<i>stool softener</i>	87	<i>tab-a-viteliron</i>	160
<i>sm super b complex/c</i>	159	<i>stool softener plus laxative</i>	87	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sm triple antibiotic</i>	168	<i>streptomycin sulfate</i>	46	CAROTENE.....	160
<i>sm triple antibiotic max st</i>	168	<i>stress formula</i>	160	TABLOID.....	25
<i>sm tussin cf</i>	113	<i>stress formula (folic acid)</i>	160	TABRECTA.....	20
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	113	<i>stress formulaliron</i>	160	<i>tacrolimus</i>	30, 173
<i>sm tussin dm</i>	113	STRESSTABS ENERGY.....	160	TAFINLAR.....	20
<i>sm tussin dm max</i>	113	STRIBILD.....	43	TAGRISSE.....	20
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	113	STROVITE ONE.....	160	TALTZ.....	28
<i>sm vit c/rose hips</i>	159	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	173	TALZENNA.....	21
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	159	SUBVENITE.....	117	<i>tamoxifen citrate</i>	24
<i>sm vitamin b1</i>	159	<i>sucralfate</i>	83	<i>tamsulosin hcl</i>	89
<i>sm vitamin b-12</i>	159	SUDOGEST.....	113	TANDEM.....	94
<i>sm vitamin b12 tr</i>	159	<i>sudogest 12 hour</i>	113	TANDEM PLUS.....	94
<i>sm vitamin b6</i>	159	SUDOGEST MAXIMUM		TARINA 24 FE.....	72
<i>sm vitamin b-6</i>	159	STRENGTH.....	113	TARINA FE 1/20 EQ.....	72
<i>sm vitamin c</i>	159	<i>sulfacetamide sodium</i>	96	TASIGNA.....	21
<i>sm vitamin c cr</i>	159	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	167	<i>tasimelteon</i>	127
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	159	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	95	<i>tazarotene</i>	168
<i>sm vitamin d</i>	159	<i>sulfadiazine</i>	46	TAZICEF.....	49
<i>sm vitamin d3</i>	159, 160	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	46	TAZORAC.....	168
<i>sm vitamin e</i>	160	SULFAMYLON.....	168	TAZTIA XT.....	56
<i>sm zinc gluconate</i>	141	<i>sulfasalazine</i>	83	TAZVERIK.....	21
<i>sodium bicarbonate</i>	80	<i>sulindac</i>	35	TDVAX.....	33
<i>sodium chloride</i>	113, 133, 134, 167	<i>sumatriptan</i>	126	TECENTRIQ.....	21
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	98	<i>sumatriptan succinate</i>	126, 127	TEFLARO.....	49
<i>sodium fluoride</i>	134, 141	<i>sumatriptan succinate refill</i>	126	<i>telmisartan</i>	53
<i>sodium oxybate</i>	128	<i>sunitinib malate</i>	20	<i>telmisartan-amlodipine</i>	57
<i>sodium phenylbutyrate</i>	75	SUNLENCA.....	41	<i>telmisartan-hctz</i>	57
<i>sodium phosphates</i>	141	<i>super antioxidant</i>	160	<i>temazepam</i>	127
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62	<i>super b complex/fa/vit c</i>	160	TENIVAC.....	33
<i>solifenacin succinate</i>	89	<i>super b complex/vitamin c</i>	160	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	41
SOLQUA.....	66	<i>super b-complex + vitamin c</i>	160	TEPMETKO.....	21
SOLTAMOX.....	24	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	160	<i>terazosin hcl</i>	54
SOLU-CORTEF.....	77	<i>super biotin</i>	160	<i>terbinafine hcl</i>	44, 166
SOMATULINE DEPOT.....	75	<i>super calcium</i>	141	<i>terbutaline sulfate</i>	99
SOMAVERT.....	75	<i>super calcium 600 + d 400</i>	141	<i>terconazole</i>	88
<i>sorafenib tosylate</i>	20	<i>super calcium 600 + d3</i>	141	<i>teriparatide (recombinant)</i>	78
SORBOLENE.....	173	<i>super daily d3</i>	160	<i>testosterone</i>	63
SORINE.....	53	SUPER QUINTS B-50.....	160	<i>testosterone cypionate</i>	63
<i>sotalol hcl</i>	53	<i>suphedrine 12hour</i>	113	<i>testosterone enanthate</i>	63
<i>sotalol hcl (af)</i>	53	<i>sv vitamin b-12 er</i>	160	<i>tetrabenazine</i>	126
<i>span c</i>	160	SYEDA.....	72	<i>tetracycline hcl</i>	52
SPEEDY SWAB COVID-19		SYMDEKO.....	106	THALOMID.....	26
ANTIGEN.....	46	SYMPAZAN.....	117	<i>theophylline</i>	106
<i>spironolactone</i>	52	SYMTUZA.....	43	<i>theophylline er</i>	106
<i>spironolactone-hctz</i>	58	SYNAREL.....	75	THERA.....	160
SPRINTEC 28.....	72	SYNJARDY.....	64	THERA-D 2000.....	160
SPRITAM.....	117	SYNJARDY XR.....	65	THERA-D 4000.....	160
SPRYCEL.....	20	SYNTHROID.....	62	THERA-D RAPID REPLETION.....	160
SPS.....	62	SYRSPEND SF.....	61	THERAMILL FORTE.....	160
SRONYX.....	72	SYSTANE.....	98	<i>therapeutic moisturizing</i>	173

<i>thera-tabs</i>	160	TRIKAFTA.....	106	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	114
THEREMS.....	160	TRI-LEGEST FE.....	72	TUSNEL-EX.....	114
<i>thiamine hcl</i>	161	TRI-LINYAH.....	72	<i>tussin cf</i>	114
<i>thiamine mononitrate</i>	161	TRI-LO-ESTARYLLA.....	72	<i>tussin cough</i>	114
<i>thioridazine hcl</i>	125	TRI-LO-MARZIA.....	72	<i>tussin dm</i>	114
<i>thiothixene</i>	125	TRI-LO-MILI.....	72	<i>tussin dm max adult</i>	114
TIADYL T ER.....	56	TRI-LO-SPRINTEC.....	72	<i>tussin mucus & chest congest</i>	114
<i>tiagabine hcl</i>	117	<i>trimethoprim</i>	46	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	114
TIBSOVO.....	21	TRI-MILI.....	72	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	114
TICOVAC.....	33	<i>trimipramine maleate</i>	122	TWINRIX.....	33
<i>tigecycline</i>	52	TRINTELLIX.....	122	TYBOST.....	42
TILIA FE.....	72	TRI-NYMYO.....	72	TYDEMY.....	73
<i>timolol maleate</i>	55, 95	<i>triphrocaps</i>	161	TYPHIM VI.....	33
<i>tinidazole</i>	46	<i>triple antibiotic</i>	168	TYRVAYA.....	99
TIVICAY.....	41, 42	<i>triple antibiotic plus</i>	168	U-BASE.....	61
TIVICAY PD.....	42	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	168	UBRELVY.....	127
<i>tizanidine hcl</i>	119	TRIPLE PASTE AF.....	166	UDAMIN SP.....	161
TOBRADEX.....	95	TRI-SPRINTEC.....	72	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN	
TOBRADEX ST.....	95	TRIUMEQ.....	43	KIDS.....	161
<i>tobramycin</i>	46, 96	TRIUMEQ PD.....	43	<i>ultra lubricating eye drops</i>	99
<i>tobramycin sulfate</i>	46	<i>tri-vitel/fluoride</i>	161	UNITHROID.....	62
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	95	TRIVORA (28).....	72	UPSPRING BABY VIT D.....	161
<i>tolnaftate</i>	166	TRI-VYLIBRA.....	73	<i>ursodiol</i>	83
<i>tolterodine tartrate</i>	89	TRI-VYLIBRA LO.....	73	<i>valacyclovir hcl</i>	48
<i>tolterodine tartrate er</i>	89	TRIZIVIR.....	43	VALCHLOR.....	173
<i>topiramate</i>	117	TROGARZO.....	42	<i>valganciclovir hcl</i>	48
<i>toremifene citrate</i>	24	TROPHAMINE.....	142	<i>valproate sodium</i>	128
<i>toremide</i>	58	<i>tropical liquid nutrition</i>	161	<i>valproic acid</i>	117
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	66	<i>trospium chloride</i>	89	<i>valsartan</i>	53
TOUJEO SOLOSTAR.....	66	TRULICITY.....	65	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	57
TPN ELECTROLYTES.....	134	TRUMENBA.....	33	VALTOCO 10 MG DOSE.....	117
TRADJENTA.....	65	TRUQAP.....	21	VALTOCO 15 MG DOSE.....	117
TRALEMENT.....	142	TRUSTEX.....		VALTOCO 20 MG DOSE.....	117
<i>tramadol hcl</i>	36	LUB/RIBBED/STUDED.....	73	VALTOCO 5 MG DOSE.....	117
<i>tramadol-acetaminophen</i>	36	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		<i>value plus glucose</i>	62
<i>trandolapril</i>	59	ST.....	73	VANATAB DM.....	114
<i>tranexamic acid</i>	91	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	73	<i>vancomycin hcl</i>	47
<i>tranylcypromine sulfate</i>	122	TRUSTEX LUBRICATED.....	73	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	46
TRAVASOL.....	142	TRUSTEX LUBRICATED EX		VANFLYTA.....	21
TRAZIMERA.....	21	LARGE.....	73	VANIBASE.....	61
<i>trazodone hcl</i>	122	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VANICREAM.....	173
TRECTOR.....	42	ST.....	73	<i>vanishing cream botanical base</i>	61
TRELEGY ELLIPTA.....	103	TRUSTEX.....		VAQTA.....	33
TREMFYA.....	29	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	73	<i>varenicline tartrate</i>	130
<i>treprostinil</i>	59	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	73	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	130
TRESIBA.....	67	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	73	VARIVAX.....	33
TRESIBA FLEXTOUCH.....	67	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	73	VASCEPA.....	54
<i>tretinoin</i>	25, 167	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	73	<i>v-c forte</i>	161
<i>triamcinolone acetonide</i>	165, 170	TRUSTEX-NONNOXYNOL-		<i>vegetable lax+stool softener</i>	87
<i>triamterene-hctz</i>	58	9/RIB/STUD.....	73	VELIVET.....	73
<i>tri-buffered aspirin</i>	40	TRUXIMA.....	21	VELPHORO.....	61
TRICON.....	94	TUKYSA.....	21	VELTASSA.....	62
<i>trientine hcl</i>	62	TURALIO.....	21	VELVACHOL.....	173
TRI-ESTARYLLA.....	72	TURQOZ.....	73	VEMLIDY.....	48
TRIFERIC.....	94	TUSNEL.....	114	VENCLEXTA.....	21
<i>trifluoperazine hcl</i>	125	TUSNEL C.....	113	VENCLEXTA STARTING PACK.....	21
<i>trifluridine</i>	96	<i>tusnel diabetic</i>	113	VENEXA.....	161
<i>trigels-f forte</i>	94	TUSNEL DM.....	113	VENEXA FE.....	161
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	119	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	114	<i>venlafaxine hcl</i>	122
TRIJARDY XR.....	65	TUSNEL PEDIATRIC.....	114	<i>venlafaxine hcl er</i>	122

VENOFER.....	94	<i>vitamin c-rose hips</i>	163	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	118
VENTAVIS.....	59	<i>vitamin c-rose hips er</i>	163	XELJANZ.....	29
VENTOLIN HFA.....	99	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	163	XELJANZ XR.....	29
<i>verapamil hcl</i>	56	<i>vitamin d</i>	163	XENICAL.....	78
<i>verapamil hcl er</i>	56	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	163	XERAC AC.....	173
VERQUVO.....	58	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	163	XERMELO.....	83
VERSACLOZ.....	125	<i>vitamin d high potency</i>	163	XGEVA.....	78
<i>versatile cream base</i>	61	<i>vitamin d infant</i>	163	XHANCE.....	107
VERSIGEL.....	61	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	163	XIFAXAN.....	83
VERZENIO.....	21	<i>vitamin d3</i>	163, 164	XIGDUO XR.....	65
VESTURA.....	73	<i>vitamin d-3</i>	163	XIIDRA.....	99
V-GO 20.....	67	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	163	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	48
V-GO 30.....	67	<i>vitamin d3 maximum strength</i>	164	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	48
V-GO 40.....	67	<i>vitamin e</i>	164	XOLAIR.....	106
VIC-FORTE.....	161	<i>vitamin e blend</i>	164	XOSPATA.....	22
VIENVA.....	73	<i>vitamin e water soluble</i>	164	XPOVIO (100 MG ONCE	
<i>vigabatrin</i>	117	<i>vitamin k1</i>	164	WEEKLY).....	22
VIGADRONE.....	117, 118	<i>vitamin-b complex</i>	164	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..	22
VIGPODER.....	118	<i>vitamins acd-fluoride</i>	164	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	22
<i>vilazodone hcl</i>	122	<i>vitamins for hair</i>	164	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..	22
<i>vincristine sulfate</i>	26	<i>vitatrum</i>	164	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	22
<i>vinorelbine tartrate</i>	26	VITRAKVI.....	21, 22	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..	22
<i>viorele</i>	73	VITRANOL.....	164	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	22
VIRACEPT.....	42	VITRANOL FE.....	164	XTANDI.....	24
VIREAD.....	42	VITREXATE.....	164	XULANE.....	73
<i>virt-caps</i>	161	VITREXATE FE.....	164	XULTOPHY.....	67
VIRT-GARD.....	161	VITREXYL.....	164	YARGESA.....	75
<i>vision health</i>	161	VITREXYL + IRON.....	164	YF-VAX.....	33
VISTA ADVANCED AREDS2		VITRON-C.....	94	<i>yl coenzyme q10</i>	132
FORMULA.....	161	VIVITROL.....	130	<i>yl folic acid</i>	164
VISTA ADVANCED DRY EYE		VIZIMPRO.....	22	<i>yl vitamin b-6</i>	165
FORMULA.....	161	VONJO.....	22	<i>yl vitamin c</i>	165
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	161	<i>voriconazole</i>	44	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	165
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	161	VORTEX VALVED HOLDING		YOUR LIFE MULTI ADULT	
<i>vitabex plus</i>	161	CHAMBER.....	106	GUMMIES.....	165
<i>vitachew adult multi vitamin</i>	161	VOSEVI.....	48	YUVAFEM.....	76
<i>vitachew multiple vitamin</i>	161	<i>vp-vite rx</i>	164	ZAFEMY.....	73
<i>vitachew vit c citrus burst</i>	161	VRAYLAR.....	125	<i>zafirlukast</i>	107
VITAJOY DAILY C GUMMIES.....	161	VYFEMLA.....	73	<i>zaleplon</i>	127
VITAL-D RX.....	161	VYLIBRA.....	73	ZARXIO.....	91
<i>vitalee</i>	161	VYZULTA.....	95	ZEASORB-AF.....	166
VITALETS CHILDRENS.....	161	<i>warfarin sodium</i>	90	ZEJULA.....	22
<i>vitamin a</i>	161	<i>wee care</i>	94	ZELBORAF.....	22
<i>vitamin b + c complex</i>	161	WELIREG.....	25	ZEMAIRA.....	106
<i>vitamin b 12</i>	162	WERA.....	73	ZENATANE.....	167
<i>vitamin b complex</i>	162	<i>westab one</i>	164	ZENPEP.....	83
<i>vitamin b1</i>	162	<i>white petroleum jelly</i>	61	ZERVIATE.....	94
<i>vitamin b-1</i>	162	WIXELA INHUB.....	103	<i>zidovudine</i>	42
<i>vitamin b12</i>	162	<i>womens 50+ advanced</i>	164	ZIEXTENZO.....	91
<i>vitamin b-12</i>	162	<i>womens multi</i>	164	<i>zinc</i>	141
<i>vitamin b-12 er</i>	162	<i>womens multi gummies</i>	164	ZINC 15.....	141
<i>vitamin b12 tr</i>	162	<i>wound care</i>	61	<i>zinc chloride</i>	142
<i>vitamin b6</i>	162	WYMZYA FE.....	73	<i>zinc gluconate</i>	141
<i>vitamin b-6</i>	162	XALKORI.....	22	<i>zinc oxide</i>	173
<i>vitamin c</i>	162	XARELTO.....	90	<i>zinc sulfate</i>	141
<i>vitamin c drops</i>	162	XARELTO STARTER PACK.....	90	<i>ziprasidone hcl</i>	125
<i>vitamin c er</i>	162	XATMEP.....	31	<i>ziprasidone mesylate</i>	125
<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	162	XCEL 100.....	61	ZIRABEV.....	22
<i>vitamin c/rose hips</i>	162	XCOPRI.....	118	ZIRGAN.....	96
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	162	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	118	<i>zoledronic acid</i>	78

ZOLINZA	23
<i>zolpidem tartrate</i>	127
ZONISADE	118
<i>zonisamide</i>	118
ZOO FRIENDS/EXTRA C	165
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	173
ZOVIA 1/35 (28)	73
ZTALMY	118
ZUMANDIMINE	73
ZURZUVAE	122
ZYDELIG	23
ZYKADIA	23
ZYLET	95
ZYPREXA RELPREVV	125

**Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)
2024 Formulário: Lista de Medicamentos Cobertos**

Mensagem importante sobre o que se paga pelas vacinas – Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D sem qualquer custo para si.

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos através do número de telefone 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, aos sábados ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não foram feitas alterações desde **20/06/2024**.



Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-812-6896 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-812-6896 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-812-6896 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-812-6896 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-812-6896 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-812-6896 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-812-6896 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-812-6896 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-844-812-6896 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-812-6896 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-812-6896 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-812-6896 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-812-6896 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-812-6896 (TTY 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព និងផ្តារបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលនិយាយខ្មែរជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។