



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 **23/01/2024**.

H9576_PharmDrugList24 Approved 7/25/2023

Last Updated: January 2024 **Formulary ID:** 00024222 **Version:** 8

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	167

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.



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 noutras 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**
 - Substituirmos 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 **14-166**. 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 167.

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 noutro 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 167. 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.

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.



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: 1/2/2024

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES 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
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
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LENDÁ

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 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
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; 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
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

LENDÁ

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
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
everolimus oral tablet soluble 2 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 comprimidos a cada 30 dias); NDS
everolimus oral tablet soluble 3 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
everolimus oral tablet soluble 5 mg	\$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 casa 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
gefitinib oral tablet 250 mg	\$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 casa 28 dias); NDS
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
imatinib mesylate oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
imatinib mesylate oral tablet 400 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDÁ

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
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
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>Ipatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDÁ

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
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
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

LENDÁ

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
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
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
pazopanib hcl oral tablet 200 mg	\$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 (14 comprimidos a cada 21 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
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

LENDÁ

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
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
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	\$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
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$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
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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

LENDÁ

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
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
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
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
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos 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

LENDÁ

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
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
ZELBORAFL 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
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		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	\$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

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>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
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
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
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

LENDÁ

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
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		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	\$0 (Nível 1)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antibióticos		
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Antimetabólicos		
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	\$0 (Nível 1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
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
mercaptopurine oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	B/D
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	B/D
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDÁ

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
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
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>tretinoïn 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
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 casa 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 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 casa 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 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

LENDÁ

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
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 subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS
<i>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS
<i>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
<i>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
<i>HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
<i>HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS

LENDÁ

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
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 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 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas 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 STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 seringas a cada 28 duas); 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/UVEIT 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
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

LENDÁ

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
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 duas); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 duas); 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/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$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

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
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 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
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

LENDÁ

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
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$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
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	\$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
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
Medicamentos Anti-Reumáicos Modificadores De Doenças (Dmards)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$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)	
bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg	\$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)	

LENDÁ

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
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 Ifu/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
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)	
IPOP INJECTION INJECTABLE	\$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)	

LENDÁ

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
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$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
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)	

LENDÁ

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
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 oral suspension 100 mg/5ml</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)	
<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 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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
ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (Nível 1)	
infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
meijer ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (Nível 1)	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (Nível 1)	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
px ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 1)	
Analgéicos De Opioides De Curta Duração		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$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)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D
morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (Nível 2)	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)
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	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 100 mg, 120 mg, 80 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$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)

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
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)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ed-apap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
goodsense pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm adult aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain reliever oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
mapap oral capsule 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
m-pap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
pain relief oral liquid 500 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain relief regular strength oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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 arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</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)	
<i>MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG</i>	\$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)	
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG</i>	\$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
<i>EDURANT ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	

LENDÁ

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 10 MG	\$0 (Nível 2)	
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		
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (Nível 1)	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	\$0 (Nível 1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRECATOR 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-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

LENDÁ

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>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<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

LENDÁ

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>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<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-Infecciosos – 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)	
<i>BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG</i>	\$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)	
<i>CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</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
<i>DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT</i>	\$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 oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT</i>	\$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)
<i>LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST IN VITRO KIT</i>	\$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)	

LENDÁ

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>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
<i>ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
<i>PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT</i>	\$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)	

LENDÁ

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 in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<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)	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	\$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)	
<i>BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG</i>	\$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
<i>HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG</i>	\$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)

LENDÁ

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>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1080ml todos os anos)
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, 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 gml/50ml-%, 2-4 gml/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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>cefdinir 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)	

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>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)	

LENDÁ

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)	
<i>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML</i>	\$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)	

LENDÁ

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
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0 (Nível 1)	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml	\$0 (Nível 2)	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	\$0 (Nível 1)	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nível 1)	
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	\$0 (Nível 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0 (Nível 1)	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	PA
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0 (Nível 1)	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (Nível 2)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 1)	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$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)	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (Nível 1)	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0 (Nível 1)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0 (Nível 1)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 1)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0 (Nível 1)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0 (Nível 1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	\$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		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0 (Nível 1)	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0 (Nível 1)	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Bloqueadores Alfa		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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)	
<i>CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG</i>	\$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)	

LENTA

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
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nível 1)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (Nível 1)	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$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)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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>olmesartanamlodipine-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>telmisartanamlodipine 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>valsartanhydrochlorothiazide 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 besybenazepril 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>benazeprilhydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captoprilhydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalaprilhydrochlorothiazide 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>lisinoprilhydrochlorothiazide 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>amiloridehydrochlorothiazide 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)	

LENDÁ

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
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0 (Nível 1)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (Nível 1)	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (Nível 1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$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)
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$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
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Inibidores Ace		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
Nitratos		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (Nível 1)	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0 (Nível 1)	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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 external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIPOOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petrolatum external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
calcium acetate oral tablet 667 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	\$0 (Nível 1)	QL (540 pacotes a cada 30 dias)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	\$0 (Nível 1)	QL (180 pacotes a cada 30 dias)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$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 Tiroide		
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)	
<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)	

LENDÁ

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
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		
cvs glucose oral gel 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$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 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
value plus glucose oral gel 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 90 mg	\$0 (Nível 1)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (Nível 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
trentine hcl oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nível 2)	
Analógicos De Vitamina D		
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA

LENDÁ

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>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)	
<i>BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
<i>BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</i>	\$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)
<i>GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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
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)
OZEMPIK (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)
OZEMPIK (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIK (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)
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)

LENDÁ

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
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)
Antidiavéticos, 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)	
cvs gauze sterile pad 2"x2"	\$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
global alcohol prep ease pad 70 %	\$0 (Nível 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
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)	

LENDÁ

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
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 POD (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)	
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)

LENDÁ

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
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)	
aimsco lubricated	\$0 (Nível 3)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$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)	
brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
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 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSELLE-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)	

LENDÁ

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
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>drospirenen-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)	
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
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)	

LENDÁ

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
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
<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)	
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)	

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
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg	\$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)	
LYEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
maxx	\$0 (Nível 3)	DP
maxx plus	\$0 (Nível 3)	DP
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
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)	

LENDÁ

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
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$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)	
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)	

LENDÁ

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
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)	
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/STUDDDED	\$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

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
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>violele 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
<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 IN VITRO STRIP	\$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)	

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>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 IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/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
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$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

LENDÁ

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
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	\$0 (Nível 1)	
sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg	\$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
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$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		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
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)	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	
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	\$0 (Nível 2)	
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	\$0 (Nível 2)	
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	\$0 (Nível 1)	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (Nível 1)	
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$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)	

LENDÁ

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
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>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
<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
PREDNISONE 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)	

LENDÁ

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
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nível 3)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$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)

LENDÁ

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
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (Nível 1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (Nível 1)	
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (Nível 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nível 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nível 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid calcium oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
calcium antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sodium bicarbonate oral powder	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	\$0 (Nível 3)	DP
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
bismatrol oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
gnp pink bismuth oral tablet 262 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loperamide hcl oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc pink bismuth oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm stomach relief oral tablet 262 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nível 3)	DP
stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
Antieméticos		
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nível 1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0 (Nível 1)	
gransetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (Nível 2)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (Nível 1)	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
Antispasmódicos		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	\$0 (Nível 2)	
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 2)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (Nível 2)	
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
gnp anti-gas oral capsule 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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>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 ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</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
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sucralfate 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)	

LENDÁ

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
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	\$0 (Nível 2)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	\$0 (Nível 1)	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Laxantes		
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
bisacodyl rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nível 3)	DP
enulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
fiber laxative oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP
fiber oral powder 28.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
fiber-lax oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nível 3)	DP
gavilax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nível 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 1)	
generlac oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gentlelax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
glycerin (adult) rectal suppository 2 gm	\$0 (Nível 3)	DP
glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm	\$0 (Nível 3)	DP
glycerin adult rectal suppository 2 gm	\$0 (Nível 3)	DP
glycerin childrens rectal suppository 1 gm	\$0 (Nível 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
gnp fiber oral powder 43 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mineral oil oral oil	\$0 (Nível 3)	DP
gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp natural fiber oral powder 28.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense mineral oil oral oil	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
konsyl daily fiber oral powder 28.3 %, 60.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
laxative max str oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
laxative regular strength oral tablet 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP
milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml, 7.75 %	\$0 (Nível 3)	DP
mineral oil oral oil	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0 (Nível 1)	
natural psyllium seed oral powder 100 %	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350 oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	\$0 (Nível 1)	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	\$0 (Nível 1)	
PLENU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nível 3)	DP
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
qc fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %	\$0 (Nível 3)	DP
qc gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
qc mineral oil heavy oral oil	\$0 (Nível 3)	DP
qc natural vegetable oral powder 95 %	\$0 (Nível 3)	DP
qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
qc stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 48.57 %, 51.7 %	\$0 (Nível 3)	DP
senexon-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral capsule 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral syrup 8.8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-lax oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-tabs oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-time oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-time s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm fiber powder oral powder 25 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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-Infecciosos Vaginais		
3 day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 1)	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0 (Nível 1)	
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
qc 3 day vaginal cream 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
qc clotrimazole vaginal cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (Nível 1)	
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$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)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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>trospium 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		
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	\$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)	

LENDÁ

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
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%	\$0 (Nível 2)	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	\$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)	
warfarin sodium 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)	
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		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$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
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg	\$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
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

LENDÁ

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>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 oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nível 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVAF A ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron high-potency oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron slow release oral tablet extended release 143 (45 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nível 3)	DP
kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</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 OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIADE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
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)	

LENDÁ

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
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-Infeccioso/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)	
Anti-Infecciosos		
<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)	

LENDÁ

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>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)	
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)	
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>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 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$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

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
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$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 ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</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 acetonide 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)	

LENDÁ

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
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	\$0 (Nível 1)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	\$0 (Nível 1)	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	\$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)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$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)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (Nível 1)	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	\$0 (Nível 1)	
Anti-Histamínicos		
24hr allergy relief oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
aller-chlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy 24-hr oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml	\$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
allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
complete allergy medicine oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ciproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
ciproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 2)	PA
diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aller-ease oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy relief oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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 fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</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)
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 (1 inalador 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

LENDÁ

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 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
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	\$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 inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENDÁ

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
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
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 nasal kit 2300-700 mg</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

LENDÁ

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>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<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 PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 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	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
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)

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
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml a cada 30 dias)
Moduladores De Leukotrieno		
montelukast sodium oral packet 4 mg	\$0 (Nível 1)	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
Tosse E Constipação		
12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aquanaz oral tablet 10-15-400 mg	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nível 3)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
childrens mucus relief cough oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
gnp nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nose drops nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF BP ORAL LIQUID 30-2-7.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
M-END PE ORAL LIQUID 3.33-1.33-6.33 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH ORAL LIQUID 10-20-400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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 MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral tablet 10-17.5-385 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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 mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
tussin dm max adult oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$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
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$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

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
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
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)

LENTA

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>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)	
<i>NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML</i>	\$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)
<i>PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG</i>	\$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)
<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)	
<i>ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG</i>	\$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
<i>SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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
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
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos 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)

LENDÁ

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
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
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 1)	
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	PA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 1)	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (Nível 1)	
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	\$0 (Nível 1)	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
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)	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (Nível 1)	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 1)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA

LENDÁ

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
Agentes De Terapia Musculosquelética		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
baclofen oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
carisoprodol oral tablet 350 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
methocarbamol oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
methocarbamol oral tablet 750 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Ansiedade		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
Antidemência		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 1)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (200ml a cada 30 dias)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (Nível 1)	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	PA

LENDÁ

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>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)	
<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)	
<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)	

LENDÁ

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
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)	
<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

LENDÁ

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
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)	
<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

LENDÁ

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
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
<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)

LENDÁ

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>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
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias); NDS
<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)	

LENDÁ

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
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
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nível 2)	QL (2 pacotes todos os anos)
<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
<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 2)	
NUEDEXTA 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

LENDÁ

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
tetrabenazine oral tablet 25 mg	\$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)
dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 2)	NDS
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8ml a cada 30 dias); NDS
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$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)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	\$0 (Nível 1)	QL (12 unidades a cada 30 dias)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	\$0 (Nível 1)	QL (24 unidades a cada 30 dias)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	\$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)
doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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>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		
<i>BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG</i>	\$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
<i>GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (16 canetas a cada ano); NDS
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		
<i>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA

LENDÁ

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
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
gabapentin oral solution 300 mg/6ml	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml	\$0 (Nível 1)	
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml	\$0 (Nível 1)	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
Psicoterapêutico – Diversos		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	\$0 (Nível 1)	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine mouth/throat gum 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	\$0 (Nível 1)	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nível 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine mouth/throat gum 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	\$0 (Nível 1)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$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		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)

LENDÁ

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
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
dexamethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
dexamethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Diversos

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

LENTA

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
gnp co q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
Eletrolítos/Minerais, Injetáveis		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution	\$0 (Nível 2)	
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	\$0 (Nível 1)	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %	\$0 (Nível 2)	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0 (Nível 1)	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	\$0 (Nível 1)	
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)	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%	\$0 (Nível 1)	
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-%-%	\$0 (Nível 1)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	\$0 (Nível 1)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	\$0 (Nível 2)	
lactated ringers intravenous solution	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	\$0 (Nível 2)	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$0 (Nível 2)	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	\$0 (Nível 2)	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	\$0 (Nível 1)	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	\$0 (Nível 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 2)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 2)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 1)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenously	\$0 (Nível 2)	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml	\$0 (Nível 1)	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml	\$0 (Nível 2)	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l	\$0 (Nível 1)	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	\$0 (Nível 1)	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	\$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)	

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
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 ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Minerais		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate powder	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	\$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
calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cal-mint oral tablet chewable 260 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
chelated magnesium oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs magnesium oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$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
eql calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
mgo oral tablet 400 (240 mg) mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</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
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
ra natural magnesium oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra zinc oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm magnesium oxide oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 MG	\$0 (Nível 3)	DP
zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc oral capsule 220 (50 zn) mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc oral tablet 30 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	\$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
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</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
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 intravenous solution 0.4 mg/ml</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 intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$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 intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adc/f (0.5mg/ml) oral solution 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nível 3)	DP
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b6 natural oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	\$0 (Nível 3)	DP
baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	\$0 (Nível 3)	DP
balance b-50 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
bariatric multivitamins/iron oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex (folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex balanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex/b-12 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex-c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
better b complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
biocal oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 3)	DP
biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
body/hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
bp vit 3 oral capsule 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
c 1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c 500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
c-1000 oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-250 oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-chewable oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
childrens chew multivitamin oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
childrens chewable vitamins oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
childrens gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cod liver oil oral capsule 4000-200 unit	\$0 (Nível 3)	DP
cod liver oil w/vit a & d oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
complete multivitamin/mineral oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
cvs adult 50+ eye health oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b complex plus c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs eye health adult 50+ oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs gummy dinos oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs mens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs super b complex/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vision health oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs womens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml	\$0 (Nível 3)	DP
d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
daily multiple vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily multivitamin oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
daily value multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vite multivitamin/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vites oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily-vite multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily-vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	\$0 (Nível 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
dekas bariatric oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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
eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin e oral capsule 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
eye multivitamin oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
eye multivitamin/lutein oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
fabb oral tablet 2.2-25-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
folagent dha oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
folamed dha oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
folate oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
folbee oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
folbee plus oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
folic acid injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
folite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
fruit c oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
fruity c oral tablet chewable 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
fruity chews oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
full spectrum b/vitamin c oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
genadek step 1 oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
genadek step 2 oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
glucoten oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
gnp biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp essential one daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp little ones childrens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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
gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
hair skin nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes supervision 2 oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
healthy hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
healthy kids gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
high potency multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nível 3)	DP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
immune support oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
kobee oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
kp b complex-c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
kp folic acid oral tablet 800 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
meijer c oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
mens daily formula lycopene oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
mens multivitamin oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multi adult gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multi for her 50+ oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
multi for her oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
multi vitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi vitamin w/d-3 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multiple vitamins essential oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multiple vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multipro oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml	\$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
multivitamin & mineral oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin adult oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin childrens (wl fa) oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin childrens gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin childrens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies mens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies womens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vite oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multivit-min gummies childrens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$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
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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 IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vita/iron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vite/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
px b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
px folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
px vitamin c oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px vitamin e oral capsule 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
qc daily multivitamins/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 0.125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
quintabs oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra balanced b-100 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
ra balanced b-50 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra b-complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra b-complex with b-12 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra biotin oral capsule 2500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra no flush niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
renal vitamin oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
rena-vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sb vitamin c oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm animal shapes kids first oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
sm b super vitamin complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b100 complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm balanced b-50 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b-complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b-complex/vitamin c oral tablet	\$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>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/fa/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAJOY DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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
vitamin e blend oral capsule 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin-b complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins for hair oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
vitatrum oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
vp-vite rx oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
womens multi oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 pastilhas a cada 30 dias)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (Nível 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nível 3)	DP
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
Antifúngicos		
antifungal (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal clotrimazole external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal external powder 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
baza antifungal external cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
butenafine hcl external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
castellani paint modified external liquid 1.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	\$0 (Nível 1)	QL (90 gramas a cada 30 dias)
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (otc)	\$0 (Nível 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
clotrimazole solution 1 % external (otc)	\$0 (Nível 3)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	\$0 (Nível 1)	QL (30ml a cada 30 dias)
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
ketoconazole external cream 2 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
miconazole nitrate external cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
nystatin external cream 100000 unit/gm	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)

LENDÁ

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>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) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$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 %</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 EXTERNAL GEL 0.1 %	\$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)

LENTA

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
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)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (Nível 1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60ml a cada 30 dias)
lidocaine external ointment 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50 gramas a cada 30 dias)
lidocaine external patch 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50ml a cada 30 dias)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (30 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Antibióticos		
bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nível 3)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	\$0 (Nível 3)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nível 3)	DP
hm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
mupirocin external ointment 2 %	\$0 (Nível 1)	QL (220 gramas a cada 30 dias)
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0 (Nível 1)	
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nível 3)	DP
sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nível 3)	DP
sm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$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)

LENDÁ

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
triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000	\$0 (Nível 3)	DP
triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	PA
calcipotriene external cream 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
calcipotriene external ointment 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
calcipotriene external solution 0.005 %	\$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)
tazarotene external cream 0.1 %	\$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		
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Corticosteróides		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone valerate external cream 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone valerate external lotion 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone valerate external ointment 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external gel 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external solution 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (50ml a cada 30 dias)

LENTA

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
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)	
<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 external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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>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 EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice treatment external lotion 1 %</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 cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$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 external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$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 external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</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 external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$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 external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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>lidocaine pain relieving external patch 4 %</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 external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>podoftilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
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 external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$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 external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nível 3)	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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.....	104	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	98
12 hour nasal decongestant.....	104	LARGE.....	100
12 hour nasal spray.....	104	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	104
1st base.....	59	MEDIUM.....	100
24hr allergy relief.....	97	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	104
3 day vaginal.....	86	SMALL.....	101
50+ adult eye health.....	137	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	104
600+d3.....	131	W/MASK.....	101
8 hr arthritis pain relief.....	36	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	101
a thru z select.....	137	101
a-10000.....	137	AEROCHAMBER	
a-25.....	137	W/FLOWSIGNAL.....	101
abacavir sulfate.....	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS...101	
abacavir sulfate-lamivudine.....	41	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	
ABELCET.....	42	CHAMBR.....	101
ABILIFY MAINTENA.....	119	AEROCHAMBER Z-STAT	
abiraterone acetate.....	22	PLUS/LARGE.....	101
ABRYSVO.....	30	AEROCHAMBER Z-STAT	
acamprosate calcium.....	125	PLUS/MEDIUM.....	101
acarbose.....	62	AEROCHAMBER Z-STAT	
ACCUTANE.....	159	PLUS/SMALL.....	101
acebutolol hcl.....	54	AEROVENT PLUS.....	101
acerola c-500.....	137	AFIRMELLE.....	66
acetaminophen.....	36	AIMOVIG.....	123
acetaminophen childrens.....	36	aimsco lubricated.....	66
acetaminophen er.....	36	AIRBORNE.....	138
acetaminophen extra strength.....	36	AIRBORNE GUMMIES.....	138
acetaminophen infants.....	36	AIRBORNE KIDS.....	138
acetaminophen-codeine.....	34	AIRBORNE+GOOD REST.....	138
acetazolamide.....	56	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	138
acetazolamide er.....	56	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	138
acetic acid.....	87, 96	AKEEGA.....	22
acetylcysteine.....	100	ala-cort.....	161
acitretin.....	161	albendazole.....	43
ACTHIB.....	30	albuterol sulfate.....	97
ACTIMMUNE.....	29	albuterol sulfate hfa.....	97
active fe.....	89	alclometasone dipropionate.....	161
ACTIVNUTRIENTS.....	137	ALCON TEARS.....	94
acyclovir.....	46	ALDURAZYME.....	72
acyclovir sodium.....	46	ALECENSA.....	14
ADACEL.....	30	alendronate sodium.....	76
adalimumab-aacf.....	26	alfuzosin hcl er.....	87
adapalene.....	159	aliskiren fumarate.....	57
adc/f (0.5mg/ml).....	137	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	138
adefovir dipivoxil.....	46	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	138
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	138	ALIVE WOMENS 50+.....	138
ADEMPAS.....	58	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	138
ADIPEX-P.....	76	ALIVE WOMENS GUMMY.....	138
ADMELOG.....	64	all day allergy.....	97
ADMELOG SOLOSTAR.....	64	all day allergy childrens.....	97
adult aspirin regimen.....	36	all day allergy d.....	104
adult one daily gummies.....	138	ALLBEE/C.....	138
ADVAIR HFA.....	100	all-day allergy childrens.....	97
ADVANCED MULTI EA.....	138	aller-chlor.....	97
ADVANTAGE CARE		allergy.....	97
ELECTROLYTE PED.....	130	allergy 24-hr.....	97
AEROCHAMBER MINI CHAMBER100		allergy childrens.....	97
AEROCHAMBER MV.....	100	allergy rel child (loratadine).....	97
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU..	100	allergy relief.....	98
		allergy relief childrens.....	98
		allergy relief d.....	104
		allergy relief d-12.....	104
		allergy relief d-24.....	104
		allergy relief/nasal decongest.....	104
		allergy/congestion relief.....	104
		allopurinol.....	39
		ALMAONE DOUBLE STRENGTH 77	
		alosetron hcl.....	80
		alprazolam.....	116
		ALREX.....	94
		ALTAVERA.....	66
		aluminum hydroxide gel.....	77
		ALUNBRIG.....	14
		alyacen 1/35.....	66
		alyacen 7/7/7.....	66
		AMABELZ.....	74
		amantadine hcl.....	115
		ambrisentan.....	58
		AMETHIA.....	66
		amikacin sulfate.....	43
		amiloride hcl.....	56
		amiloride-hydrochlorothiazide.....	56
		amiodarone hcl.....	52
		amitriptyline hcl.....	117
		AMLADEX.....	138
		amlodipine besy-benazepril hcl.....	56
		amlodipine besylate.....	54
		amlodipine besylate-valsartan.....	55
		amlodipine-olmesartan.....	55
		ammonium lactate.....	163
		AMNESTEEM.....	159
		amoxapine.....	117
		amoxicillin.....	50
		amoxicillin-pot clavulanate.....	50
		amoxicillin-pot clavulanate er.....	50
		amphetamine-dextroamphetamine.....	126
		amphetamine-dextroamphetamine 127	
		amphotericin b.....	42
		amphotericin b liposome.....	42
		ampicillin.....	50
		ampicillin sodium.....	50
		ampicillin-sulbactam sodium.....	50
		anagrelide hcl.....	88
		anastrozole.....	23
		ANORO ELLIPTA.....	100
		antacid.....	77
		antacid calcium.....	77
		antacid maximum strength.....	77
		antacid regular strength.....	77
		antacid/antigas.....	77
		anti-diarrheal.....	78
		antifungal.....	158
		anti-fungal.....	158
		antifungal (clotrimazole).....	158
		antifungal (tolnaftate).....	158
		antifungal clotrimazole.....	158
		anti-itch.....	163
		antioxidant.....	138

anti-oxidant	138	AUSTEDO XR PATIENT	
antiseptic skin cleanser	163	TITRATION	122
APPE-CURB	138	AVIANE	66
aprepitant	79	AYUNA	66
APRI	66	AYVAKIT	14
APTIOM	111	az cream	59
APTIVUS	39	azacitidine	24
AQUA GLYCOLIC FACE	163	azathioprine	29
AQUA-E	138	azelastine hcl	92, 98
aquanaz	104	azithromycin	48, 49
AQUASOL A	138	aztreonam	43
aqueous vitamin d	138	AZURETTE	66
ARALAST NP	101	b complex	138
ARANELLE	66	b complex (folic acid)	138
ARBEM H-COSMETIC	59	b complex vitamins	138
ARBEM LIPOOPEN	59	b complex-c	138
ARCALYST	29	b complex-c-folic acid	138
AREXVY	30	b-1	138
ariPIPrazole	119	b-12	139
ARISTADA	119	b-12 tr	139
ARISTADA INITIO	119	b-6	139
armodafinil	124	b6 natural	139
ARNUTTY ELLIPTA	103	baby super daily d3	139
arthritis pain relief	36	baby vitamin d3	139
arthritis pain reliever	36	bacitracin	93, 160
arthritis pain relieving	163	bacitracin zinc	160
ascorbic acid	138	bacitracin zinc-aloe	160
asenapine maleate	119	bacitracin-polymyxin b	93
ASHLYNA	66	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	93
aspirin	36	baclofen	116
aspirin 81	36	BAFIERTAM	124
aspirin adult low dose	36	balance b-50	139
aspirin adult low strength	36	balsalazide disodium	81
aspirin ec low strength	36	BALVERSA	14, 15
aspirin low dose	36	BALZIVA	66
aspirin regimen	37	BANOPHEN	98, 163
aspirin-dipyridamole er	92	BARACLUDE	46
ASSURE ID INSULIN SAFETY		bariatric multivitamins/iron	139
SYR	64	BASAGLAR KWIKPEN	64
ASTAGRAF XL	29	BASE PCCA CLARIFYING	59
atazanavir sulfate	39	BASLE	163
atenolol	54	baza antifungal	158
atenolol-chlorthalidone	54	bcg vaccine	30
athletes foot (clotrimazole)	158	b-complex (folic acid)	139
athletes foot (terbinafine)	158	b-complex balanced	139
athletes foot powder spray	158	b-complex/b-12	139
atomoxetine hcl	127	b-complex/vitamin c	139
atorvastatin calcium	53	b-complex-c	139
atovaquone	43	b-complex-c (w/folic acid)	139
atovaquone-proguanil hcl	46	benazepril hcl	58
atropine sulfate	94	benazepril-hydrochlorothiazide	56
ATROVENT HFA	97	BENDEKA	14
AUBRA EQ	66	BENLYSTA	29
AUROVELA 1/20	66	BENZEDREX	104
AUROVELA 24 FE	66	BENZEPRO	159
AUROVELA FE 1.5/30	66	benzoin	163
AUROVELA FE 1/20	66	benzonatate	104
AUSTEDO	122	benzoyl peroxide-erythromycin	159
AUSTEDO XR	122	benzphetamine hcl	76
		benztropine mesylate	115
		BERINERT	88
		BESIVANCE	93
		BESREMI	25
		beta care	163
		BETA XMA	163
		betaine	72
		betamethasone dipropionate	161
		betamethasone dipropionate aug.	161
		betamethasone valerate	161
		BETASERON	124
		betaxolol hcl	54, 92
		bethanechol chloride	87
		BETOPTIC-S	92
		better b complex	139
		BEVESPI AEROSPHERE	100
		bexarotene	25, 163
		BEXSERO	30
		bicalutamide	23
		BICILLIN L-A	50
		BIKTARVY	41
		BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST	43
		BIO-35 GLUTEN-FREE	139
		biocal	139
		BIO-D-MULSION	139
		BIO-D-MULSION FORTE	139
		BIOLYTE	130
		biotin	139
		biotin maximum strength	139
		bisacodyl	82
		bisacodyl ec	82
		bismatrol	78
		bisoprolol fumarate	54
		bisoprolol-hydrochlorothiazide	54
		BIVIGAM	28
		BLISOVI 24 FE	66
		BLISOVI FE 1.5/30	66
		body/hair/skin/nails	139
		BOOSTRIX	30, 31
		bortezomib	15
		bosentan	58
		BOSULIF	15
		bp vit 3	139
		BPROTECTED MULTI-VITE	139
		BPROTECTED PEDIA D-VITE	139
		BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
		BPROTECTED PEDIA POLY-	
		VITE/FE	139
		BRAFTOVI	15
		BREO ELLIPTA	100
		BREZTRI AEROSPHERE	100
		brielllyn	66
		BRILINTA	92
		brimonidine tartrate	92
		brinzolamide	92
		BRIVIACT	111, 124
		bromocriptine mesylate	115
		BROMSITE	94
		BRONCHITOL	101

BRUKINSA	15	calcium citrate + d	132	cefdinir	47, 48
budesonide	81, 103	calcium citrate + d3	132	cefepime hcl	48
budesonide er	81	calcium citrate + d3 maximum	132	cefixime	48
bumetanide	56	calcium citrate+d3	132	cefoxitin sodium	48
buprenorphine	35	calcium citrate+d3 petites	132	cefopodoxime proxetil	48
buprenorphine hcl	125	calcium citrate-vitamin d	132	ceprozil	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl	125	calcium citrate-vitamin d3	132	ceftazidime	48
bupropion hcl	117	calcium creamies	132	ceftriaxone sodium	48
bupropion hcl er (smoking det)	125	calcium gluconate	132	cefuroxime axetil	48
bupropion hcl er (sr)	117	calcium high potency	132	cefuroxime sodium	48
bupropion hcl er (xl)	117	calcium high potency/vitamin d	132	celecoxib	33
buspirone hcl	116	calcium lactate	132	CENTRUM	140
butenafine hcl	158	calcium oyster shell	132	CENTRUM FLAVOR BURST	
butorphanol tartrate	34	calcium plus vitamin d	132	ADULT	140
BYDUREON BCISE	62	calcium plus vitamin d3	132	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
BYETTA 10 MCG PEN	62	calcium+d3	132	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	140
BYETTA 5 MCG PEN	62	calcium-magnesium-zinc	133	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c 1000	139	calcium-magnesium-zinc-d3	133	ADULT	140
c 500	139	calcium-vitamin d3	133	CAL-GEST ANTACID	77
c-1000	139, 140			cal-mint	133
c-1000/rose hips	140			CALMOSEPTINE	163
c-250	140			CALQUENCE	15
c-500	140			CALTRATE 600+D3 SOFT	133
c-500/rose hips	140			CALTRATE MINIS PLUS	
cabergoline	72			MINERALS	133
CABOMETYX	15			CAMILA	66
calamine phenolated	163			CAMRESE	66
calamine-zinc oxide	163			CAMRESE LO	66
calcipotriene	161			candesartan cilexetil	51, 52
calcitonin (salmon)	76			candesartan cilexetil-hctz	55
cal-citrate plus vitamin d	131			capcof	104
CALCITRENE	161			CAPLYTA	119
calcitriol	61			CAPRELSA	15
calcium	132			capsaicin	163
calcium + vitamin d3	131			capsaicin pain relief	163
calcium 1000 + d	131			captopril	58
calcium 1200	131			captopril-hydrochlorothiazide	56
calcium 500 + d	131			carbamazepine	111
calcium 500 + d3	131			carbamazepine er	111
calcium 500/d	131			carbidopa-levodopa	115
calcium 500/vitamin d	131			carbidopa-levodopa er	115
calcium 500+d	131			carbidopa-levodopa-entacapone	115
calcium 500+d high potency	131			carboplatin	14
calcium 500+d3	131			CARESTART COVID-19 HOME	
calcium 600	131			TEST	43
calcium 600 + d	131			carglumic acid	72
calcium 600 high potency	131			carisoprodol	116
calcium 600/vitamin d	131			carteolol hcl	92
calcium 600/vitamin d3	131			CARTIA XT	54
calcium 600+d	131			carvedilol	54
calcium 600+d high potency	131			caspofungin acetate	42
calcium 600+d3	132			castellani paint modified	158
calcium 600+d3 plus minerals	132			CAYSTON	43
calcium acetate	60			c-chewable	140
calcium acetate (phos binder)	60			cefaclor	47
calcium antacid	77			cefaclor er	47
calcium carb-cholecalciferol	132			cefadroxil	47
calcium carbonate	132			cefazolin sodium	47
calcium carbonate antacid	77			cefazolin sodium-dextrose	47
calcium citrate	132			cefdinir	47, 48
				cefepime hcl	48
				cefixime	48
				cefoxitin sodium	48
				cefopodoxime proxetil	48
				ceprozil	48
				ceftazidime	48
				ceftriaxone sodium	48
				cefuroxime axetil	48
				cefuroxime sodium	48
				celecoxib	33
				CENTRUM	140
				CENTRUM FLAVOR BURST	
				ADULT	140
				CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
				CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	140
				CENTRUM FRESH/FRUITY	
				ADULT	140
				CENTRUM KIDS	140
				CENTRUM SILVER	140
				cephalexin	48
				CERALYTE 70	130
				CERASPORT	130
				CERASPORT EX1	130
				CERAVE MOISTURIZING	163
				CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
				SKIN	163
				CERDELGA	72
				CEREZYME	72
				CEROVITE JR	140
				CETAPHIL MOISTURIZING	163
				CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	163
				cetirizine hcl	98
				cetirizine hcl allergy child	98
				cetirizine hcl childrens	98
				cetirizine hcl childrens alrgy	98
				cetirizine-pseudoephedrine er	104
				cevimeline hcl	157
				charcoal	72
				CHATEAL	66
				chelated magnesium	133
				CHEMET	61
				chest congestion relief	104
				chest congestion relief dm	104
				childrens animal shapes	140
				childrens chew multivitamin	140
				childrens chewable vitamins	140
				childrens gummies	140
				childrens ibuprofen	33
				childrens loratadine	98
				childrens mucus relief cough	104
				childrens silapap	37
				chlorhexidine gluconate	157
				chloroquine phosphate	46
				chlorpromazine hcl	119
				chlorthalidone	56
				cholestyramine	52
				cholestyramine light	52
				CHROMAGEN	89

chromic chloride	137	coditussin ac	104	cvs b-1	141
ciclopirox olamine	158	coditussin dac	105	cvs b-12	141
cilostazol	88	coenzyme q10	127	cvs b6	141
CILOXAN	93	coenzyme q-10	127	cvs biotin	141
CIMDUO	41	co-enzyme q10	127	cvs biotin high potency	141
cinacalcet hcl	72	COLACE CLEAR	82	cvs calcium + d3	133
CIPRO	49	colchicine	39	cvs calcium 600 & vitamin d3	133
ciprofloxacin hcl	49, 93	colchicine-probenecid	39	cvs calcium 600 + d/minerals	133
ciprofloxacin in d5w	49	colesevelam hcl	52	cvs calcium 600+d	133
ciprofloxacin-dexamethasone	96	colestipol hcl	52, 53	cvs calcium carbonate	133
cisplatin	14	colistimethate sodium (cba)	44	cvs calcium citrate+d3 petites	133
citalopram hydrobromide	117	COMBIGAN	92	cvs chewable c with rose hips	141
CITRACAL MAXIMUM	133	COMBIVENT RESPIMAT	100	cvs chewable childrens vitamin	141
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	133	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	15	cvs childrens complete	141
citrus calcium/vitamin d	133	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	15	cvs coenzyme q-10	127
CLARAVIS	159	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).15		cvs cough dm	105
clarithromycin	49	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	64	cvs covid-19 at home test kit	44
clarithromycin er	49	COMPACT SPACE CHAMBER....	101	cvs d3	141
classic prenatal	140	COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK	101	cvs daily gummies	141
CLEARLAX	82	COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	101	cvs daily gummies adult	141
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	101	COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK	101	cvs e	141
clindamycin hcl	43	COMPLERA	41	cvs electrolyte solution	130
clindamycin palmitate hcl	43	complete allergy medicine	98	cvs eye health adult 50+	141
clindamycin phosphate	43, 86, 159	complete multivitamin/mineral	140	cvs folic acid	141
clindamycin phosphate in d5w	43	COMPRO	79	cvs gauze sterile	64
clindamycin phosphate in nacl	43	constulose	82	cvs glucose	61
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ...	137	COPIKTRA	15	cvs gummy dinos	141
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	137	coq10	127	cvs gummy multivitamin kids	141
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	137	coq-10	127	cvs iron	89
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	137	coq10 maximum strength	127	CVS KETONE CARE	72
clinimix/dextrose (6/5)	137	CORLANOR	57	cvs lice treatment	162
clinimix/dextrose (8/10)	137	CORVITA	140	cvs magnesium	133
clinimix/dextrose (8/14)	137	CORVITA 150.....	89	cvs mens daily gummies	141
CLINISOL SF	137	CORVITE 150.....	89	cvs oyster shell calcium-vit d	133
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST	43	corvite fe	89	cvs ped electrolyte freeze pop	130
CLINOLIPID	137	COTELLIC	15	cvs pediatric electrolyte	130
clobazam	111	cough dm	105	cvs slow release iron	89
clobetasol propionate	161	cough dm childrens	105	cvs spectravite adult 50+	141
clobetasol propionate e	161	covid-19 at-home test	44	cvs super b complex/c	141
clomipramine hcl	117	cream base	59	cvs vision health	141
clonazepam	111	CREON	81	cvs vitamin b12	141
clonidine	57	cromolyn sodium	80, 92, 101	cvs vitamin b-12	141
clonidine hcl	57	CRYSELL-28.....	66	cvs vitamin c	141
clopidogrel bisulfate	92	CULTURELLE KIDS COMPLETE. 140		cvs vitamin c-rose hips	141
clorazepate dipotassium	111	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC- MV	140	cvs vitamin d3	141
CLORPACTIN	164	CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV	140	cvs vitamin e	141
clotrimazole	86, 157, 158	cupric chloride	137	cvs womens daily gummies	141
clotrimazole 3	86	cvs adult 50+ eye health	140	cvs zinc gluconate	133
clotrimazole anti-fungal	158	CVS AIRSHIELD	141	cyanocobalamin	142
clotrimazole-betamethasone	158	CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT	141	cyclobenzaprine hcl	116
clozapine	119	cvs b complex plus c	141	cyclophosphamide	14
co q 10	127			cycloserine	41
co q10	127			cyclosporine	29, 30
co q-10	127			cyclosporine modified	29
COARTEM	46			cyproheptadine hcl	98
coconut oil beauty	164			CYRED EQ	66
cod liver oil	140			CYSTADROPS	94
cod liver oil w/vit a & d	140			CYSTAGON	72

CYSTARAN	94	DERMABASE	164	dilt-xr	55
cytarabine	24	DESCOZY	41	diphenhydramine hcl	98
d 1000	142	DESENEX	158	diphenhydramine hcl childrens	98
d 10000	142	desipramine hcl	117	diphenhydramine-zinc acetate	164
d 5000	142	desmopressin ace spray refrig	72	diphenoxylate-atropine	80
d-1000 extra strength	142	desmopressin acetate	73	diphtheria-tetanus toxoids dt	31
d2000 ultra strength	142	desmopressin acetate pf	73	dipyridamole	92
d3	142	desmopressin acetate spray	73	disopyramide phosphate	52
d3 2000	142	desogestrel-ethinyl estradiol	67	disulfiram	125
d3 5000	142	desvenlafaxine succinate er	117	divalproex sodium	112
d3 baby drops	142	dexamethasone	75	divalproex sodium er	112
d3 high potency	142	DEXAMETHASONE INTENSOL	75	DML FORTE	164
d3 maximum strength	142	dexamethasone sod phosphate pf	75	docetaxel	26
d3 super strength	142	dexamethasone sodium phosphate	75, 94	docusate calcium	82
d3-1000	142	dexamethylphenidate hcl	127	docusate mini	82
d-3-5	142	dextromethorphan hbr	105	docusate sodium	82
d-400	142	dextromethorphan polistirex er	105	DOCUSOL KIDS	82
d-5000	142	dextromethorphan-guaifenesin	105	DOCUSOL MINI	82
daily multiple vitamins	142	dextrose	137	dofetilide	52
daily multivitamin	142	dextrose 5%/electrolyte #48	128	donepezil hcl	116
daily value multivitamin	142	dextrose in lactated ringers	128	DOPTELET	88
daily vitamins	142	dextrose-nacl	128	dorzolamide hcl	92
daily vite	142	dextrose-sodium chloride	128	DOTTI	74
daily vite multivitamin/iron	142	DIABETIDERM	164	DOVATO	41
daily vites	142	DIABETIDERM FOOT	164	doxazosin mesylate	53
daily-vite	142	REJUVENATING	164	doxepin hcl	117, 123
daily-vite multivitamin	142	DIACOMIT	111, 112	doxorubicin hcl	24
dalfampridine er	124	DIALYVITE	143	doxorubicin hcl liposomal	24
danazol	74	DIALYVITE 3000	143	DOXY 100	51
dantrolene sodium	116	DIALYVITE 5000	143	doxycycline hydiate	51
dapsone	44	DIALYVITE 800	143	doxycycline monohydrate	51
DAPTACEL	31	DIALYVITE 800/ZINC	143	DRISDOL	143
daptomycin	44	DIALYVITE 800-ZINC 15	143	dronabinol	79
darunavir	39	DIALYVITE SUPREME D	143	drospiren-eth estrad-levomefol	67
DASETTA 1/35	66	DIALYVITE VITAMIN D 5000	143	drospirenone-ethinyl estradiol	67
DASETTA 7/7/7	66	DIALYVITE/ZINC	143	DROXIA	88
DAURISMO	15	DIATRUST COVID-19 HOME	44	droxidopa	57
DAYSEE	67	TEST	112, 125	DRY EYE FORMULA	143
DAYVIGO	123	diazepam	112	DULERA	100
DDROPS	142	DIAZEPAM INTENSOL	112	duloxetine hcl	117
DEBLITANE	67	diazoxide	61	DUPIXENT	26
DECARA	142	diclofenac potassium	33	DUREX REALFEEL	67
DECONEX IR	105	diclofenac sodium	33, 94, 164	dutasteride	87
DECUBI-VITE	142	diclofenac sodium er	33	dutasteride-tamsulosin hcl	87
deferasirox	61	dicloxacillin sodium	50	D-VI-SOL	143
deferasirox granules	61	dicyclomine hcl	80	d-vite pediatric	143
dekas bariatric	142	diethylpropion hcl	76	DYNA-HEX 4	164
DEKAS PLUS	143	diethylpropion hcl er	76	e 1000	143
DEKAS PLUS OCEAN	142	DIFFERIN	159	E.E.S. 400	49
DELSTRIGO	41	DIFICID	49	e200	143
DELSYM	105	diflunisal	33	e-200	143
DELSYM CGH/CHEST CONG DM	105	digoxin	57	ear drops	166
CHILD	105	dihydroergotamine mesylate	123	EASIVENT	101
DELSYM COUGH CHILDRENS	105	DILANTIN	112	EASIVENT MASK LARGE	101
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM	105	DILANTIN INFATABS	112	EASIVENT MASK MEDIUM	101
delta d3	143	diltiazem hcl	55	EASIVENT MASK SMALL	101
DENGVAXIA	31	diltiazem hcl er	55	ec-naproxen	33
DEPO-SUBQ PROVERA 104	67	diltiazem hcl er beads	54	ECOTRIN LOW STRENGTH	37
DEPO-TESTOSTERONE	61	diltiazem hcl er coated beads	54	ed chlorped jr	98

ed-a-hist dm	105	eq complete multivitamin child	143	EUCERIN CALMING DAILY
ed-apap	37	eq cough dm	105	MOIST
EDURANT	39	eq lice killing max st	162	EUCERIN PLUS
efavirenz	39, 40	eq multivitamin gummies	143	EUCERIN SKIN CALMING
efavirenz-emtricitab-tenofo df	41	eq slow-release iron	89	EULEXIN
efavirenz-lamivudine-tenofovir	42	eq space chamber anti-static	101	EUTHYROX
ELDERTONIC	143	eq space chamber anti-static l	101	everolimus
ELFOLATE PLUS	143	eq space chamber anti-static m	101	EVOTAZ
ELIGARD	23	eq space chamber anti-static s	101	EXEL COMFORT POINT PEN
ELINEST	67	eq therapeutic moisturizing	164	NEEDLE
ELIQUIS	87	eql b complex 50	143	exemestane
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	87	eql b-6	143	EXKIVITY
ELLENCE	24	eql calcium citrate/vitamin d	133	eye multivitamin
ellume covid-19 home test	44	eql calcium citrate/vitamin d3	133	eye multivitamin/lutein
ELURYNG	67	eql calcium/vitamin d	133	EYSUVIS
EMCYT	23	eql calcium/vitamin d3	134	ezetimibe
EMERGEN-C VITAMIN C	143	eql child multivit/minerals	143	ezetimibe-simvastatin
EMOLLIA-CREME	164	eql coq10	127	fabb
emollient base	59	eql iron supplement therapy	89	FABRAZYME
EMSAM	117	eql slow release iron	89	FALMINA
emtricitabine	40	eql super b complex/vitamin c	143	famciclovir
emtricitabine-tenofovir df	42	eql vitamin b-12	143	famotidine
EMTRIVA	40	eql vitamin c	143	famotidine (pf)
EMVERM	44	eql vitamin c/rose hips	144	famotidine premixed
enalapril maleate	58	eql vitamin d3	144	FANAPT
enalapril-hydrochlorothiazide	56	eql vitamin e	144	FANAPT TITRATION PACK
ENBREL	26	ergocalciferol	144	FANTASY LUBRICATED
ENBREL MINI	26	ergotamine-caffeine	123	FANTASY
ENBREL SURECLICK	26	ERIVEDGE	15	LUBRICATED/SPERMICIDE
ENDARI	88	ERLEADA	23	FARXIGA
ENDOCET	34	erlotinib hcl	16	FASENRA
ENDUR-ACIN	143	ERRIN	67	FASENRA PEN
ENDUR-C	143	ertapenem sodium	44	FC2 FEMALE CONDOM
enema	82	ery	159	felbamate
enema ready-to-use	82	ERY-TAB	49	felodipine er
ENEMEEZ MINI	82	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	49	fenofibrate
ENEMEEZ PLUS	82	ERYTHROCIN STEARATE	49	fenofibrate micronized
ENFAMIL ENFALYTE	130	erythromycin	49, 93, 159	fentanyl
ENGERIX-B	31	erythromycin base	49	fentanyl citrate
ENILLORING	67	erythromycin ethylsuccinate	49	FERAHEME
enoxaparin sodium	87	erythromycin lactobionate	49	FERATE
ENPRESSE-28	67	escitalopram oxalate	117	FERGON
ENSKYCE	67	esomeprazole magnesium	82	FERIVA 21/7
ENSTILAR	162	ESTARYLLA	67	FERIVAFIA
entacapone	115	ESTER-C	144	FEROSUL
entecavir	46	estradiol	74	FERRALET 90
ENTRESTO	56	estradiol valerate	74	ferrets
enulose	82	estradiol-norethindrone acet	74	FERREX 150
EPCLUSA	46	eszopiclone	123	ferric x-150
EPIDIOLEX	112	ethambutol hcl	41	FERRLECIT
epinephrine	101	ethosuximide	112	ferrous fumarate
epinephrine (anaphylaxis)	57	ethynodiol diac-eth estradiol	67	ferrous gluconate
EPITOL	112	etodolac	33	ferrous sulfate
eplerenone	51	etodolac er	33	FETZIMA
EPRONTIA	112	etonogestrel-ethinyl estradiol	67	FETZIMA TITRATION
epsom salt	82	etoposide	26	FEVERALL ADULTS
eq calcium 500+d	133	etravirine	40	FEVERALL CHILDRENS
eq calcium 600+d	133	EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL INFANTS
eq calcium 600+d+minerals	133	HAND	164	FEVERALL JUNIOR STRENGTH
eq calcium citrate+d	133			fexofenadine hcl

FIASP	64	folate	144	GENOTROPIN	73
FIASP FLEXTOUCH	64	folbee	144	GENOTROPIN MINIQUICK	73
FIASP PENFILL	64	folbee plus	144	gentamicin in saline	44
FIASP PUMPCART	64	folic acid	144	gentamicin sulfate	44, 93, 160
fiber	82	FOLITAB 500	90	GENTEAL SEVERE	95
fiber laxative	82	folite	145	GENTEAL TEARS	95
fiber-lax	83	FOLIVANE-F	90	GENTEAL TEARS MODERATE PF	95
finasteride	87	FOLIVANE-PLUS	90	gentle laxative	83
fingolimod hcl	124	FOLIXAPURE	145	gentrelax	83
FINTEPLA	112	folplex 2.2	145	GENVOYA	42
FINZALA	67	FOLTABS 800	145	GERBER GROW MIGHTY	145
FIRMAGON	23	FOLTANX	145	GERBER LIL' BRAINIES	145
FIRMAGON (240 MG DOSE)	23	FOLTRATE	145	GERITOL COMPLETE	145
first aid antibiotic	160	FOLTREXYL	145	GILOTrif	16
first aid antiseptic	164	fondaparinux sodium	87	glatiramer acetate	124
FLAC	96	fosamprenavir calcium	40	GLATOPA	124
FLAREX	94	fosinopril sodium	58	GLEOSTINE	14
FLEBOGAMMA DIF	28	fosinopril sodium-hctz	56	glimepiride	62
flecainide acetate	52	FOTIVDA	16	glipizide	62
FLEET ENEMA	83	fruit c	145	glipizide er	62
FLEXICHAMBER	102	fruit c 500	145	glipizide xl	62
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA	144	fruity c	145	glipizide-metformin hcl	62
FLINTSTONES COMPLETE	144	fruity chews	145	global alcohol prep ease	64
FLINTSTONES GUMMIES	144	full spectrum b/vitamin c	145	glucoten	145
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD	144	fulvestrant	23	glutamine	127
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE	144	FUNGOID TINCTURE	158	GLUTOSE 5	61
FLINTSTONES GUMMIES PLUS	144	furosemide	57	glycerin (adult)	83
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	144	FUSION	90	glycerin (infants & children)	83
FLINTSTONES SOUR GUMMIES	144	FUSION PLUS	90	glycerin adult	83
FLINTSTONES W/IRON	144	FUZEON	40	glycerin childrens	83
FLINTSTONES/MY FIRST	144	FYAVOLV	74	GLYCOLAX	83
FLORIVA PLUS	144	FYCOMPA	112	glycopyrrolate	80
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	44	gabapentin	112, 125	GLYDO	160
fluconazole	42	galantamine hydrobromide	116	GLYXAMBI	62
fluconazole in sodium chloride	42	galantamine hydrobromide er	116	gnp 8 hour arthritis relief	37
flucytosine	42	GAMASTAN	28	gnp 8 hour pain relief	37
fludrocortisone acetate	75	GAMMAGARD	28	gnp 8 hour pain reliever	37
flunisolide	103	GAMMAGARD S/D LESS IGA	29	gnp acetaminophen	37
fluocinolone acetonide	96, 162	GAMMAKED	29	gnp all day allergy	98
fluocinolone acetonide body	162	GAMMAPLEX	29	gnp all day allergy childrens	98
fluocinolone acetonide scalp	162	GAMUNEX-C	29	gnp all day allergy-d	105
fluocinonide	162	ganciclovir sodium	46	gnp allergy	98
fluocinonide emulsified base	162	GARDASIL 9	31	gnp allergy & congestion	105
fluoritab	134	gas relief extra strength	80	gnp allergy relief	98
fluorometholone	94	gas relief ultra strength	80	gnp allergy relief 24 hr	98
fluorouracil	24, 164	gatifloxacin	93	gnp allergy relief max st	98
fluoxetine hcl	118	GATTEX	80	gnp allergy/congestion relief	105
fluphenazine decanoate	120	gavilax	83	gnp antacid	78
fluphenazine hcl	120	GAVILYTE-C	83	gnp antacid & anti-gas	78
flurbiprofen	33	GAVILYTE-G	83	gnp antacid regular strength	78
flurbiprofen sodium	94	GAVRETO	16	gnp antibacterial urinary pain	44
fluticasone propionate	103, 162	gefitinib	16	gnp anti-diarrheal	78
fluticasone-salmeterol	100	gemcitabine hcl	24	gnp anti-gas	80
fluvoxamine maleate	116	gemfibrozil	53	gnp anti-itch	164
folagent dha	144	GEMTESA	86	gnp antiseptic skin cleanser	164
folamed dha	144	GENABIO COVID-19 RAPID TEST	44	gnp artificial tears	95
		genadek step 1	145	gnp aspirin	37
		genadek step 2	145	gnp aspirin low dose	37
		generlac	83	gnp athletes foot	158
		GENGRAF	30	gnp bacitracin zinc	160

gnp biotin.....	145	gnp pink bismuth	79	griseofulvin microsize.....	42
gnp calcium.....	134	gnp prenatal.....	145	griseofulvin ultramicrosize	42
gnp calcium 500 +d3.....	134	gnp pseudoephedrine hcl 12 hr....	106	guaifenesin.....	106
gnp calcium 600 +d/minerals.....	134	gnp senna plus	83	guaifenesin er.....	106
gnp calcium 600 +d3.....	134	gnp terbinafine hydrochloride	158	guaifenesin-codeine	106
gnp calcium citrate +d3.....	134	gnp tolnaftate	158	guaifenesin-dm	106
gnp childrens allergy.....	98	gnp triple antibiotic	160	guanfacine hcl	57
gnp childrens chewables/ex c	145	gnp triple antibiotic plus	160	guanfacine hcl er	127
gnp childrens ibuprofen	33	gnp tussin cf cough & cold	106	GUMMI BEAR	
GNP CLEARLAX.....	83	gnp tussin cough long acting.....	106	MULTIVITAMIN/MIN.....	146
gnp clotrimazole 3.....	86	gnp tussin dm	106	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	61
gnp co q10.....	128	gnp tussin dm cough	106	GVOKE KIT	61
gnp co q-10.....	128	gnp tussin dm max	106	GVOKE PFS	61
gnp cough dm er.....	105	gnp tussin mucus & chest cong	106	HAEGARDA	88
gnp d 1000.....	145	gnp vitamin a	145	HAILEY 1.5/30	67
gnp earwax removal drops	166	gnp vitamin b-1	145	HAILEY 24 FE	67
gnp earwax removal kit.....	166	gnp vitamin b-12.....	145	hair skin nails	146
gnp essential one daily	145	gnp vitamin b-6.....	145	hair/skin/nails	146
gnp fiber	83	gnp vitamin c	145, 146	halobetasol propionate	162
gnp folic acid.....	145	gnp vitamin c drops	145	HALOETTE	67
gnp gas relief.....	80	gnp vitamin c w/rose hips	146	haloperidol	120
gnp gentle laxative	83	gnp vitamin c/rose hips	146	haloperidol decanoate	120
gnp glycerin (adult)	83	gnp vitamin d	146	haloperidol lactate	120
gnp glycerin child	83	gnp vitamin d maximum strength ...	146	HARVONI	46
gnp ibuprofen	33	gnp vitamin d super strength	146	HAVRIX	31
gnp ibuprofen childrens	33	gnp vitamin d3 extra strength	146	healthy eyes supervision 2	146
gnp ibuprofen infants	33	gnp vitamin d-400	146	healthy eyes/lutein-zeaxanthin	146
gnp infants pain/fever.....	37	gnp vitamin e	146	healthy hair/skin/nails	146
gnp iron	90	gnp womens gentle laxative	83	healthy kids gummies	146
gnp lice treatment.....	162	GOLD BOND ULTIMATE		HEALTHYLAX	83
gnp little ones childrens	145	HEALING	164	HEATHER	67
gnp loperamide hcl.....	78	goodsense all day allergy	99	h-e-b oral electrolyte	130
gnp loratadine	98, 99	goodsense aller-ease	99	HEMATEX	90
gnp loratadine childrens	98	goodsense allergy relief	99	hematinic/folic acid	90
gnp lubricating plus eye drops	95	goodsense anti-diarrheal	79	HEMATOGEN FA	90
gnp magnesium oxide	78	goodsense arthritis pain	37	HEMOCYTE PLUS	90
gnp melatonin	128	goodsense aspirin	37	heparin (porcine) in nacl	87
gnp melatonin maximum strength..	128	goodsense aspirin low dose	37	heparin sod (porcine) in d5w	88
gnp miconazole 1.....	86	GOODSENSE CLEARLAX	83	heparin sodium (porcine)	88
gnp miconazole 3.....	86	goodsense cough dm	106	HEPLISAV-B	31
gnp miconazole 7	86	goodsense cough dm childrens	106	HERCEPTIN	16
gnp milk of magnesia	83	goodsense epsom salt	83	HERCEPTIN HYLECTA	16
gnp mineral oil	83	goodsense ibuprofen	33	HERZUMA	16
gnp mucus er.....	105	goodsense ibuprofen childrens	33	HIBERIX	31
gnp mucus relief.....	105	goodsense ibuprofen infants	33	high potency multivitamin	146
gnp nasal decongestant.....	105	goodsense lubricating eye drop	95	hm acetaminophen childrens	38
gnp nasal decongestant pe	105	goodsense mineral oil	83	hm adult aspirin	38
gnp nasal spray	106	goodsense mucus er	106	hm all day allergy childrens	99
gnp nasal spray extra moist.....	105	goodsense mucus er maximum str	106	hm allergy relief	99
gnp nasal spray fast acting	105	goodsense mucus relief child	106	hm allergy relief (cetirizine)	99
gnp natural fiber	83	goodsense nicotine	125	hm allergy relief/nasal decong	106
gnp nicotine	125	goodsense pain & fever child	37	hm antacid	78
gnp nicotine mini	125	goodsense pain & fever infants	37	hm antacid anti-gas ex st	78
gnp nicotine polacrilex	125	goodsense pain relief	38	hm antiseptic skin cleanser	164
gnp no drip nasal spray	106	goodsense pain relief extra st	37	hm arthritis pain relief	38
gnp pain & fever childrens	37	goodsense tussin cf	106	hm aspirin	38
gnp pain & fever infants	37	goodsense tussin dm	106	hm aspirin ec low dose	38
gnp pain relief	37	goodsense tussin dm max	106	hm bacitracin zinc	160
gnp pain relief extra strength	37	granisetron hcl	79	hm biotin	146
gnp pain relief nighttime	125	grape flavor	59	hm calcium citrate+d3 petite	134

<i>hm cetirizine hcl</i>	99	<i>hydromorphone hcl</i>	35	INTELISWAB COVID-19 RAPID
HM CLEARLAX	83	<i>hydrous emulsified base</i>	59	TEST
<i>hm cough dm</i>	106	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	146	INTRALIPID
<i>hm dry eye relief</i>	95	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	INTROVALE
<i>hm enema</i>	84	<i>hydroxyurea</i>	25	INVEGA HAFYERA
<i>hm gas relief</i>	80	<i>hydroxyzine hcl</i>	99	INVEGA SUSTENNA
<i>hm gas relief infants drops</i>	80	<i>hydroxyzine pamoate</i>	99	INVEGA TRINZA
<i>hm gentle laxative</i>	84	HYSINGLA ER	35	IPOL
<i>hm ibuprofen</i>	33	<i>ibandronate sodium</i>	76	<i>ipratropium bromide</i>
<i>hm ibuprofen childrens</i>	33	IBRANCE	16	<i>ipratropium-albuterol</i>
<i>hm laxative</i>	84	IBU	33	<i>irbesartan</i>
<i>hm lidocaine patch</i>	164	<i>ibuprofen</i>	33, 34	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>
<i>hm loratadine</i>	99	<i>ibuprofen childrens</i>	33	<i>irinotecan hcl</i>
<i>hm loratadine childrens</i>	99	<i>ibuprofen junior strength</i>	33	<i>iron</i>
<i>hm lubricating tears</i>	95	ICAPS	146	<i>iron 27</i>
<i>hm milk of magnesia</i>	84	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	146	<i>iron chews pediatric</i>
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	106	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	146	<i>iron high-potency</i>
<i>hm nasal decongestant pe</i>	106	<i>icatibant acetate</i>	88	<i>iron slow release</i>
<i>hm nicotine</i>	125	ICLEVIA	67	<i>iron supplement</i>
<i>hm nicotine polacrilex</i>	125	ICLUSIG	16	IRON UP
<i>hm nose drops</i>	106	IDACIO (2 PEN)	27	IS-D 10,000
<i>hm pain reliever</i>	38	IDACIO (2 SYRINGE)	27	ISENTRESS
<i>hm petroleum jelly</i>	59	IDACIO-CROHNS/UC STARTER	27	ISENTRESS HD
<i>hm senna</i>	84	IDACIO-PSORIASIS STARTER	27	ISIBLOOM
<i>hm stomach relief ultra</i>	79	IDHIFA	16	ISOLYTE-P IN D5W
<i>hm stool softener</i>	84	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST	44	ISOLYTE-S
<i>hm stool softener/laxative</i>	84	<i>imatinib mesylate</i>	16	ISOLYTE-S PH 7.4
<i>hm triple antibiotic</i>	160	IMBRUVICA	17	<i>isoniazid</i>
<i>hm triple antibiotic max st</i>	160	<i>imipenem-cilastatin</i>	44	<i>isosorbide dinitrate</i>
<i>hm vitamin b-12</i>	146	<i>imipramine hcl</i>	118	<i>isosorbide mononitrate</i>
<i>hm vitamin c</i>	146	<i>imiquimod</i>	164	<i>isosorbide mononitrate er</i>
HONEY BEARS W/IRON-ZINC	146	<i>immune support</i>	146	<i>isotretinoin</i>
HUMIRA (2 PEN)	26	IMMUNERX	146	<i>isradipine</i>
HUMIRA (2 SYRINGE)	27	IMOVAX RABIES	31	<i>itch relief extra strength</i>
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER	27	INBRIJA	115	<i>itraconazole</i>
HUMIRA-PED	27	INCASSIA	67	<i>ivermectin</i>
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS		INCRELEX	73	IXIARO
START	27	INCRUSE ELLIPTA	97	JAKAFI
HUMIRA-PED>/=40KG UC		<i>indapamide</i>	57	JANTOVEN
STARTER	27	INDICAID COVID-19 RAPID TEST	44	JANUMET
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX	31	JANUMET XR
STARTER	27	<i>infants ibuprofen</i>	34	JANUVIA
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		INFED	90	JARDIANC
STARTER	27	<i>infliximab</i>	27	JASMIEL
HUMULIN R U-500		INFUVITE ADULT	146	JAVYGTOR
(CONCENTRATED)	64	INFUVITE PEDIATRIC	146	JAYPIRCA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	64	INJECTAFER	90	JENTADUETO
HYCODAN	107	INLYTA	17	JENTADUETO XR
<i>hydralazine hcl</i>	57	INQOVI	24	JINTELI
HYDRALYTE	130	INREBIC	17	JOLESSA
HYDRASYN25	164	INSPIRACHAMBER/LARGE	102	JULEBER
<i>hydrochlorothiazide</i>	57	INSPIRACHAMBER/MEDIUM	102	JULUCA
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	107	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIEC		JUNEL 1.5/30
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	35	E	102	JUNEL 1/20
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	107	INSPIRACHAMBER/SMALL	102	JUNEL FE 1.5/30
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	34, 35	INSPIREASE	102	JUNEL FE 1/20
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	35	INTEGRA	90	JUNEL FE 24
<i>hydrocortisone</i>	75, 81, 162	INTEGRA F	90	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	164	INTEGRA PLUS	90	JYNNEOS
<i>hydromet</i>	107	INTELENCE	40	KADCYLA

KAITLIB FE	68	<i>kp vitamin d</i>	147	LEVO-T	60
KALYDECO	102	<i>kp vitamin d3</i>	147	<i>levothyroxine sodium</i>	60
KANJINTI	17	KRAZATI	17	LEVOXYL	60
KARIVA	68	KURVELO	68	LEXIVA	40
<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	128	<i>labetalol hcl</i>	54	<i>lice killing</i>	162
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	128	LAC-HYDRIN FIVE	164	<i>lice killing maximum strength</i>	162
KELNOR 1/35	68	<i>lacosamide</i>	112, 113, 125	<i>lice treatment creme rinse</i>	162
KELNOR 1/50	68	<i>lactated ringers</i>	128	<i>lidocaine</i>	160
KERADAN	164	<i>lactulose</i>	84	<i>lidocaine hcl</i>	39, 160
KERENDIA	51	<i>lactulose encephalopathy</i>	84	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	39
KERR TRIPLE DYE SWABS	164	<i>lamivudine</i>	40, 46	<i>lidocaine pain relief</i>	164
KESIMPTA	124	<i>lamivudine-zidovudine</i>	42	<i>lidocaine pain relieving</i>	165
<i>ketoconazole</i>	43, 158, 161	<i>lamotrigine</i>	113	<i>lidocaine viscous hcl</i>	157
KETO-DIASTIX	73	<i>lamotrigine er</i>	113	<i>lidocaine-prilocaine</i>	160
<i>ketorolac tromethamine</i>	94	<i>lansoprazole</i>	82	<i>linezolid</i>	44
KEVZARA	27	LANTUS	64	<i>linezolid in sodium chloride</i>	44
KEYTRUDA	17	LANTUS SOLOSTAR	64	LINZESS	80
<i>kimono</i>	68	<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>liothyronine sodium</i>	60
KIMONO COLORS	68	LARIN 1.5/30	68	<i>liquid acetaminophen</i>	38
<i>kimono micro thin</i>	68	LARIN 1/20	68	<i>liquid allergy relief</i>	99
<i>kimono micro thin plus</i>	68	LARIN 24 FE	68	<i>lisinopril</i>	58
<i>kimono plus</i>	68	LARIN FE 1.5/30	68	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	56
<i>kimono sensation</i>	68	LARIN FE 1/20	68	<i>lithium</i>	122
<i>kimono sensation plus</i>	68	<i>latanoprost</i>	92	<i>lithium carbonate</i>	122
KIMONO SPECIAL	68	<i>laxative max str</i>	84	<i>lithium carbonate er</i>	122
KINDERLYTE	130	<i>laxative regular strength</i>	84	<i>l-methylfolate calcium</i>	147
KINDERLYTE PREMAX	130	LAYOLIS FE	68	<i>l-methyl-mc</i>	147
KINRIX	31	<i>leader finger cream</i>	164	LOESTRIN 1.5/30 (21)	69
KISQALI (200 MG DOSE)	17	LEENA	68	LOESTRIN 1/20 (21)	69
KISQALI (400 MG DOSE)	17	<i>leflunomide</i>	30	LOESTRIN FE 1.5/30	69
KISQALI (600 MG DOSE)	17	<i>lenalidomide</i>	25	LOESTRIN FE 1/20	69
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	25	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	18	<i>lohist-dm</i>	107
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	25	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	18	LOKELMA	61
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	25	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	18	LOMAIRA	76
KLOR-CON	130	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	18	LONSURF	24
KLOR-CON 10	129	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	18	<i>loperamide hcl</i>	79, 80
KLOR-CON M10	129	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	18	<i>lopinavir-ritonavir</i>	42
KLOR-CON M15	129	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	18	<i>loratadine</i>	99
KLOR-CON M20	130	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	18	<i>loratadine childrens</i>	99
kobee	147	LESSINA	68	<i>loratadine-d 12hr</i>	107
konsyl daily fiber	84	<i>letrozole</i>	23	<i>loratadine-d 24hr</i>	107
KORLYM	73	<i>leucovorin calcium</i>	24	<i>lorazepam</i>	116
KOSELUGO	17	LEUKERAN	14	LORAZEPAM INTENSOL	116
KOURZEQ	157	<i>leuprolide acetate</i>	23	LORBRENA	18
<i>kp b complex-c</i>	147	<i>levalbuterol hcl</i>	97	LORYNA	69
<i>kp calcium 600+d</i>	134	<i>levalbuterol tartrate</i>	97	<i>losartan potassium</i>	52
<i>kp calcium citrate+d</i>	134	<i>levetiracetam</i>	113, 125	<i>losartan potassium-hctz</i>	56
<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	134	<i>levetiracetam er</i>	113	LOTEMAX	94
<i>kp ferrous gluconate</i>	90	<i>levetiracetam in nacl</i>	125	<i>lovastatin</i>	53
<i>kp ferrous sulfate</i>	90	<i>levobunolol hcl</i>	92	LOW-OGESTREL	69
<i>kp folic acid</i>	147	<i>levocarnitine</i>	73	<i>loxapine succinate</i>	120
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	134	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	99	<i>lubricant eye drops</i>	95
<i>kp melatonin</i>	128	<i>levofloxacin</i>	49	<i>lubricating eye drops</i>	95
<i>kp niacin</i>	147	<i>levofloxacin in d5w</i>	49	<i>lubricating plus eye drops</i>	95
<i>kp prenatal multivitamins</i>	147	LEVONEST	68	<i>lubricating tears eye drops</i>	95
<i>kp vitamin b-12</i>	147	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	68	LUCIRA CHECK IT COVID-19	
<i>kp vitamin b-12</i>	147	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	68	TEST	44
<i>kp vitamin b-6</i>	147	<i>levonorgestrel-ethynodiol estrad</i>	69	LUMAKRAS	18
		<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	69	LUMIGAN	92
		LEVORA 0.15/30 (28)	69	LUMIZYME	73

LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23	megestrol acetate	23, 76	MICROGESTIN FE 1.5/30	69
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23	meijer c	147	MICROGESTIN FE 1/20	69
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	73	meijer ibuprofen	34	MICROSOME BASE	59
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	73	MEKINIST	18	MICROSPACER	102
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	73	MEKTOVI	18	midodrine hcl	57
lurasidone hcl	120	melatonin	59, 128	miglustat	73
LUTERA	69	melatonin maximum strength	128	MILI	69
LYLEQ	69	meloxicam	34	milk of magnesia	84
LYLLANA	75	memantine hcl	116, 117	MIMVEY	75
LYNPARZA	18	memantine hcl er	116	mineral oil	84
LYSIPLEX PLUS	147	MENACTRA	31	minocycline hcl	51
LYSODREN	23	M-END PE	107	minoxidil	57
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	18	MENQUADFI	31	mintox maximum strength	78
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	18	mens 50+ advanced	147	MINTOX PLUS	78
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	18	mens daily formula lycopene	147	MIRALAX	84
LYZA	69	mens multivitamin	147	mirtazapine	118
MACULAR HEALTH FORMULA	147	MENVEO	31	misoprostol	81
MAG64	134	mercaptopurine	24	MITIGARE	39
mag-al plus	78	MERIBIN	147	M-M-R II	31
mag-al plus xs	78	meropenem	44	m-natal plus	130
MAGDELAY	134	mesalamine	81	modafinil	124
mag-g	134	mesalamine er	81	moexipril hcl	58
MAGNEBIND 300	134	mesalamine-cleanser	81	moisturizing cream	165
MAGNEBIND 400	134	MESNEX	24	molindone hcl	120
magnesium	134	METAFOLBIC PLUS	147	mometasone furoate	162
magnesium gluconate	134	metformin hcl	63	MONISTAT 7 COMBO PACK APP ..	86
magnesium lactate	134	metformin hcl er	63	MONJUVI	19
magnesium oxide	78	methadone hcl	36	MONOFERRIC	91
magnesium oxide -mg supplement	78, 134	METHADONE HCL INTENSOL	36	MONO-LINYAH	69
magnesium sulfate	129	methazolamide	57	montelukast sodium	104
magnesium sulfate in d5w	129	methenamine hippurate	44	MOOD FOOD ES	147
MAGNESIUM-OXIDE	134	methimazole	60	morphine sulfate	35
MAGOX 400	134	methocarbamol	116	morphine sulfate (concentrate)	35
MAG-OXIDE	134	methotrexate sodium	24, 30	morphine sulfate (pf)	35
malathion	163	methotrexate sodium (pf)	24	morphine sulfate er	36
manganese chloride	134	methsuximide	113	MOUNJARO	63
mapap	38	methylphenidate hcl	127	MOVANTIK	81
mapap arthritis pain	38	methylphenidate hcl er	127	moxifloxacin hcl	50, 93
MAPAP CHILDRENS	38	methylprednisolone	75	moxifloxacin hcl in nacl	49
maraviroc	40	methylprednisolone acetate	75	m-pap	38
MAR-COF BP	107	methylprednisolone sodium succ	75	MUCINEX	108
MAR-COF CG EXPECTORANT	107	methyltestosterone	62	MUCINEX CHILDRENS	107
marlissa	69	metoclopramide hcl	79	FREEFROM	107
MARPLAN	118	metolazone	57	MUCINEX CHILDRENS STUFFY	107
MATULANE	25	metoprolol succinate er	54	NOSE	107
MAVYRET	46	metoprolol tartrate	54	MUCINEX COUGH CHILDRENS ..	107
MAXIFED	107	metoprolol-hydrochlorothiazide	54	MUCINEX DM	107
MAXIMUM D3	147	metronidazole	44, 45, 86, 165	MUCINEX FAST-MAX CHEST	107
maxi-tuss ac	107	metyrosine	57	CONG MS	107
maxi-tuss cd	107	mgo	134	MUCINEX FAST-MAX CONGEST	107
maxi-tuss g	107	MIBELAS 24 FE	69	COUGH	107
maxi-tuss gmx	107	micafungin sodium	43	MUCINEX FAST-MAX DM MAX ..	107
maxx	69	miconazole 3 combo-supp	86	MUCINEX FREEFROM SEV	107
maxx plus	69	miconazole 7	86	CNGST/CGH	107
m-clear wc	107	miconazole nitrate	86, 158	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ..	108
m-dryl	99	MICROCHAMBER	102	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &	108
meclizine hcl	79	microderm base	59	COOL	108
medroxyprogesterone acetate	69, 76	MICROGESTIN 1.5/30	69	mucus & chest congestion	108
mefloquine hcl	46	MICROGESTIN 1/20	69	mucus relief	108
		MICROGESTIN 24 FE	69	mucus relief childrens	108

<i>mucus relief cough childrens</i>	108	<i>naloxone hcl</i>	126	<i>nifedipine er</i>	55
<i>mucus relief dm</i>	108	<i>naltrexone hcl</i>	126	<i>nifedipine er osmotic release</i>	55
<i>mucus relief dm max</i>	108	<i>NAMZARIC</i>	117	<i>NIFEREX</i>	91
<i>mucus relief er</i>	108	<i>NAPHCON-A</i>	92	<i>NIKKI</i>	69
<i>mucus relief max st</i>	108	<i>naproxen</i>	34	<i>nilutamide</i>	23
<i>MULTAQ</i>	52	<i>naproxen sodium</i>	34	<i>nimodipine</i>	55
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	147	<i>naratriptan hcl</i>	123	<i>NINJACOF-XG</i>	108
<i>multi adult gummies</i>	147	<i>nasal decongestant</i>	108	<i>NINLARO</i>	19
<i>multi for her</i>	147	<i>nasal decongestant pe</i>	108	<i>nitazoxanide</i>	45
<i>multi for her 50+</i>	147	<i>nasal decongestant spray</i>	108	<i>nitisinone</i>	73
<i>multi vitamin</i>	147	<i>nasal four</i>	108	<i>NITRO-BID</i>	58
<i>multi vitamin w/d-3</i>	147	<i>nasal relief</i>	108	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	45
<i>MULTIGEN</i>	91	<i>nasal spray 12 hour</i>	108	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	45
<i>MULTIGEN PLUS</i>	91	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	108	<i>nitroglycerin</i>	58, 59
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	129	<i>NASCOBAL</i>	149	<i>NIVA-FOL</i>	149
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	129	<i>NATACYN</i>	93	<i>NIVANEX DMX</i>	108
<i>multiple vitamins</i>	147	<i>nateglinide</i>	63	<i>nizatidine</i>	77
<i>multiple vitamins essential</i>	147	<i>NATPARA</i>	76	<i>no drip nasal spray</i>	108
<i>multiple vitamins/iron</i>	147	<i>natural cloose hips</i>	149	<i>nohist-dm</i>	108
<i>multipro</i>	147	<i>natural psyllium seed</i>	84	<i>NORA-BE</i>	70
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	147	<i>natural vitamin d-3</i>	149	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	70
<i>multivitamin</i>	148	<i>NAYZILAM</i>	113	<i>norethindrone</i>	70
<i>multi-vitamin</i>	148	<i>nebivolol hcl</i>	54	<i>norethindrone acetate</i>	76
<i>multivitamin & mineral</i>	148	<i>NECON 0.5/35 (28)</i>	69	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	70
<i>multivitamin adult</i>	148	<i>nefazodone hcl</i>	118	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	75
<i>multivitamin childrens</i>	148	<i>neomycin sulfate</i>	45	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	70
<i>multivitamin childrens (wl fa)</i>	148	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	93	<i>norethrin-eth estradiol-fe</i>	70
<i>multivitamin childrens gummies</i>	148	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	93	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	70
<i>multi-vitamin gummies</i>	148	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	94	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	70
<i>multivitamin gummies adult</i>	148	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	93, 96	<i>NORLYROC</i>	70
<i>multivitamin gummies mens</i>	148	<i>NEO-POLYCIN</i>	94	<i>NORPACE CR</i>	52
<i>multivitamin gummies womens</i>	148	<i>NEO-POLYCIN HC</i>	93	<i>NORTREL 0.5/35 (28)</i>	70
<i>multivitamin infant & toddler</i>	148	<i>NEOQ10</i>	128	<i>NORTREL 1/35 (21)</i>	70
<i>multivitamin/fluoride</i>	148	<i>NEPHPLEX RX</i>	149	<i>NORTREL 1/35 (28)</i>	70
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	148	<i>nephro vitamins</i>	149	<i>NORTREL 7/7/7</i>	70
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	148	<i>NEPHRON FA</i>	91	<i>nortriptyline hcl</i>	118
<i>multi-vitamin/iron</i>	148	<i>NEPHRO-VITE</i>	149	<i>NORVIR</i>	40
<i>multivitamins plus iron child</i>	148	<i>NERLYNX</i>	19	<i>norwegian cod liver oil</i>	149
<i>multi-vite</i>	148	<i>neti pot sinus wash</i>	102	<i>NOVAFERRUM</i>	91
<i>multivit-min gummies childrens</i>	148	<i>NEUPRO</i>	115	<i>NOVAFERRUM PEDIATRIC</i>	
<i>mupirocin</i>	160	<i>NEUTROGENA HAND</i>	165	<i>DROPS</i>	91
<i>MURO 128</i>	95	<i>nevirapine</i>	40	<i>NOVOLIN 70/30</i>	65
<i>MVW COMPLETE FORMULATION</i>	148, 149	<i>nevirapine er</i>	40	<i>NOVOLIN 70/30 FLEXPEN</i>	65
<i>MVW COMPLETE FORMULATION D3000</i>	148	<i>NEXAVAR</i>	19	<i>NOVOLIN N</i>	65
<i>MVW COMPLETE FORMULATION D5000</i>	148	<i>niacin</i>	149	<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i>	65
<i>MVW COMPLETE FORMULATION MINIS</i>	148	<i>niacin er</i>	149	<i>NOVOLIN R</i>	65
<i>mycophenolate mofetil</i>	30	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	53	<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i>	65
<i>mycophenolate sodium</i>	30	<i>niacinamide</i>	149	<i>NOVOLOG MIX 70/30</i>	65
<i>MYRBETRIQ</i>	86	<i>nicardipine hcl</i>	55	<i>NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN</i>	65
<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	91	<i>NICODERM CQ</i>	126	<i>NUBEQA</i>	23
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	84	<i>NICOMIDE</i>	149	<i>NUDEXTA</i>	122
<i>nabumetone</i>	34	<i>nicotine</i>	126	<i>NUFERA</i>	91
<i>nadolol</i>	54	<i>nicotine mini</i>	126	<i>NU-IRON</i>	91
<i>nafcillin sodium</i>	50	<i>nicotine polacrilex</i>	126	<i>NULOJIX</i>	30
<i>NAGLAZYME</i>	73	<i>nicotine polacrilex mini</i>	126	<i>NU-MAG</i>	135
<i>nalbuphine hcl</i>	35	<i>nicotine step 1</i>	126	<i>NUPLAZID</i>	120
		<i>nicotine step 2</i>	126	<i>NURTEC</i>	123
		<i>nicotine step 3</i>	126	<i>NUTRADERM</i>	165
		<i>NICOTROL</i>	126	<i>NUTRILIPID</i>	137
		<i>NICOTROL NS</i>	126	<i>NUZYRA</i>	51

NYAMYC.....	158	ONE-A-DAY WOMENS	OZEMPIC (0.25 OR 0.5
NYLIA 1/35.....	70	VITACRAVES.....	MG/DOSE).....
NYLIA 7/7/7.....	70	one-daily multi caps.....	63
NYMALIZE.....	55	one-daily multi vitamins.....	63
NYMYO.....	70	one-daily multi-vitamin.....	63
nystatin.....	43, 157, 158, 159	one-daily multi-vitamin/iron.....	PACERONE.....
NYSTOP.....	159	one-daily/iron.....	52
OCELLA.....	70	ONTRUZANT.....	paclitaxel.....
OCTAGAM.....	29	ONUREG.....	26
octreotide acetate.....	73	OPCON-A.....	paclitaxel protein-bound part.....
OCUVITE ADULT 50+.....	149	OPSUMIT.....	pain & fever childrens.....
OCUVITE ADULT FORMULA.....	149	OPTICHAMBER DIAMOND.....	38
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES.....	149	OPTICHAMBER DIAMOND-LG.....	38
OCUVITE-LUTEIN.....	149	MASK.....	pain relief extra strength.....
ODEFSEY.....	42	OPTICHAMBER DIAMOND-MD.....	38
ODOMZO.....	19	MASK.....	pain relief regular strength.....
OFEV.....	102	OPTICHAMBER DIAMOND-SM.....	121
ofloxacin.....	94, 96	MASK.....	pamidronate disodium.....
OGIVRI.....	19	OPTIFAST POST BARIATRIC.....	76
OJJAARA.....	19	OPTIMAL D3 M.....	pan-c 500/bioflavonoids.....
olanzapine.....	120, 121	OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG.....	165
olmesartan medoxomil.....	52	OPURITY BYPASS OPTIMIZED.....	pantoprazole sodium.....
olmesartan medoxomil-hctz.....	56	oral electrolytes.....	82
olmesartan-amldipine-hctz.....	56	oral suspend.....	PANZYGA.....
omega-3-acid ethyl esters.....	53	ORALYTE.....	29
omeprazole.....	82	ORAPENN SD ANHYD	PARAPLATIN.....
omnicap.....	149	SWEETENED.....	14
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	65	ORAPENN SD ANHYD	paricalcitol.....
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5).....	65	UNSWEETEN.....	paromomycin sulfate.....
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	65	ORA-PLUS.....	paroxetine hcl.....
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	65	ORASEP.....	pazopanib hcl.....
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	65	ORAZINC.....	pc pediatric poly-vita/fe drop.....
OMNIPOD GO.....	65	ORGOVYX.....	pc pediatric poly-vitamin drop.....
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	45	ORKAMBI.....	PCCA BASE 7542.....
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST.....	45	ORSERDU.....	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.....
ondansetron.....	80	OS-CAL.....	ped electrolyte freeze pops.....
ondansetron hcl.....	79, 80	OS-CAL CALCIUM + D3.....	ped electrolyte freezer pops.....
ONE DAILY ESSENTIAL.....	149	OS-CAL EXTRA D3.....	PEDIA VANCE.....
one daily multivitamin adult.....	149	oseltamivir phosphate.....	PEDIA-LAX.....
one daily multivitamin/iron.....	149	OTEZLA.....	PEDIALYTE.....
ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	149	oxacillin sodium.....	PEDIALYTE ADVANCED CARE.....
ONE-A-DAY FOR HER		oxaliplatin.....	PEDIALYTE FREEZER POPS.....
VITACRAVES.....	149	oxcarbazepine.....	PEDIALYTE SINGLES.....
ONE-A-DAY FOR HIM		oxybutynin chloride.....	PEDIARIX.....
VITACRAVES.....	149	oxybutynin chloride er.....	pediatric electrolyte.....
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	149	oxycodone hcl.....	pediatric electrolyte-zinc.....
ONE-A-DAY MENS.....	149	oxycodone-acetaminophen.....	PEDVAX HIB.....
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	149	OXYCONTIN.....	peg 3350.....
ONE-A-DAY VITACRAVES.....	150	OYSCO 500+D.....	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT.....	149	oyster shell calcium.....	peg-3350/electrolytes.....
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY.....	150	oyster shell calcium + d.....	PEGASYS.....
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	150	oyster shell calcium + d3.....	PEMAZYRE.....
ONE-A-DAY		oyster shell calcium plus d.....	pemetrexed disodium.....
VITACRAVES+OMEGA-3	150	oyster shell calcium w/d.....	penicillamine.....
		oyster shell calcium/d.....	penicillin g pot in dextrose.....
		oyster shell calcium/d3.....	penicillin g potassium.....
		oyster shell calcium/vit d3.....	penicillin g procaine.....
		oyster shell calcium/vitamin d.....	penicillin g sodium.....
			penicillin v potassium.....
			PEN-KERA.....
			PENTACEL.....
			pentamidine isethionate.....
			pentoxifylline er.....
			PENTRAVAN.....
			PENTRAVAN PLUS.....
			PERIDIN-C.....
			perindopril erbumine.....
			PERIOGARD.....

PERIOMED	158	polysaccharide-iron complex	91	prochlorperazine edisylate	80
permethrin.....	163	poly-tussin ac.....	108	prochlorperazine maleate	80
perphenazine.....	121	POLY-VENT IR.....	108	PROCIT	89
PERSERIS	121	polyvinyl alcohol.....	95	PROCTO-MED HC	165
petrolatum.....	59	POLY-VI-SOL.....	150	PROCTOSOL HC	165
petroleum jelly.....	59	POLY-VI-SOL/IRON	150	PROCTOZONE-HC	165
PFBC	59	poly-vita.....	150	progesterone	76
PFIZERPEN	51	poly-vital/iron	150	PROGRAF	30
pharbedryl.....	99	poly-vite pediatric	150	PROLASTIN-C	103
PHARBETOL.....	38	poly-vite/iron	150	PROLENSA	94
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ..	38	POMALYST	25	PROLIA	76
PHARMABASE ANTIOXIDANT ..	59	PORTIA-28	70	PROMACTA	88
PHARMABASE COSMETIC ..	59	posaconazole	43	promethazine hcl	80
PHARMABASE COSMETIC NATURAL ..	59	potassium chloride	129, 130	promethazine vc/codeine	108
PHARMABASE LIGHT	59	potassium chloride crys er	130	promethazine-codeine	108
PHARMABASE VAGINAL	59	potassium chloride er	130	promethazine-dm	109
pharmacist choice d-vitamin	150	potassium chloride in nacl	129	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ..	135
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ..	81	potassium citrate er	87	propafenone hcl	52
phenidimetrazine tartrate	76	potassium cl in dextrose 5%	129	propafenone hcl er	52
phenelzine sulfate	118	povidone-iodine	165	proparacaine hcl	95
phenobarbital	113	pramipexole dihydrochloride	115	propranolol hcl	54
phenobarbital sodium	125	prasugrel hcl	92	propranolol hcl er	54
phentermine hcl	76	pravastatin sodium	53	propylthiouracil	60
phenylephrine-dm-gg	108	praziquantel	45	PROQUAD	32
PHENYTEK	113	prazosin hcl	53	PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ..	151
phenytoin	113	prednisolone	75	PROSOL	137
phenytoin sodium	125	prednisolone acetate	94	PROTECT CARDIO AF	151
phenytoin sodium extended	113	prednisolone sodium phosphate ..	75, 94	PROTECT PLUS SO	151
PHESGO	19	prednisone	75	PROTEGRA	151
PHILITH	70	PREDNISONE INTENSOL	75	protriptyline hcl	118
PHYTOBASE	59	preferred plus insulin syringe	65	pseudoeph-bromphen-dm	109
phytonadione	150	pregabalin	113	pseudoephedrine hcl	109
PIFELTRO	40	prehevbrio	32	pseudoephedrine hcl er	109
pilocarpine hcl	92, 158	PREMASOL	137	PULMOZYME	103
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST ..	45	prenatal	130, 151	pure calcium carbonate	135
pimozide	121	prenatal 19	150	pure comfort spacer chamber	103
PIMTREA	70	prenatal one daily	151	purevit dualfe plus	91
pindolol	54	prenatal vitamin and mineral	151	PUREWAY-C	151
pioglitazone hcl	63	prenatal vitamins	151	PURIXAN	25
pioglitazone hcl-metformin hcl	63	prenatall/iron	151	px b complex/vitamin c	151
piperacillin sod-tazobactam so	51	PRESERVISION AREDS	151	px calcium	135
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ..	19	PRESERVISION AREDS 2	151	PX CHILDRENS VITAMIN	151
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ..	19	PRESERVISION/LUTEIN	151	px folic acid	151
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ..	19	PRETTY FEET/HANDS	165	px ibuprofen	34
pirfenidone	102	PREVALITE	53	px iron	91
piroxicam	34	PREVYMIS	47	px stomach relief max st	79
plain niacin	150	PREZCOBIX	42	px vitamin c	151
PLASMA-LYTE 148	129	PREZISTA	40	px vitamin e	151
PLASMA-LYTE A	129	PRIFTIN	41	pyrazinamide	41
PLENAMINE	137	primaquine phosphate	46	pyridostigmine bromide	122
PLENU	84	primidone	113	pyridoxine hcl	151
POCKET CHAMBER	102	PRIORIX	32	qc 3 day	86
POCKET SPACER	102	PRIVIGEN	29	qc all day allergy	99
podofilox	165	pro comfort spacer adult	102	qc allergy childrens	99
POLYCIN	94	pro comfort spacer child	102	qc antacid	78
polyethylene glycol 3350	59, 84	pro comfort spacer infant	102	qc antacid/anti-gas	78
POLY-IRON 150	91	probenecid	39	qc anti-diarrheal	79
polymyxin b-trimethoprim	94	procare spacer/adult mask	102	qc antifungal (tolnaftate)	159
polysaccharide iron complex	91	procare spacer/child mask	103	qc arthritis pain relief	38
		prochlorperazine	80	qc aspirin	38

qc aspirin low dose	38	quinidine sulfate	52	REFRESH PLUS	95
qc calamine	165	quinine sulfate	46	REFRESH RELIEVA	95
qc calcium fast dissolution	135	quintabs	151	REFRESH TEARS	96
qc childrens allergy	99	QULIPTA	123	REGRANEX	160
qc childrens complete	151	ra balanced b-100	151	REGULOID	85
qc childrens ibuprofen	34	ra balanced b-50	152	REHYDRALYTE	131
qc childrens vitamins/extra c	151	ra b-complex	152	RELENZA DISKHALER	47
qc clotrimazole	86	ra b-complex with b-12	152	RELI-ON INSULIN SYRINGE	65
qc daily multivitamins/iron	151	ra biotin	152	RELISTOR	81
qc diarrhea relief	79	ra calcium 600	135	REMICADE	28
qc enema	84	ra calcium 600/vitamin d-3	135	RENAL	152
qc enteric aspirin	38	ra calcium cit plus vit d-3	135	renal vitamin	152
qc epsom salt	84	ra calcium citrate plus vit d	135	rena-vite	152
qc ferrous sulfate	91	ra calcium cit-vit d-3 petites	135	RENFLEXIS	28
qc fiber laxative	84	ra calcium plus vitamin d	135	repaglinide	63
qc fiber therapy	84	ra coenzyme q-10	128	REPATHA	53
qc gas relief extra strength	81	ra folic acid	152	REPATHA PUSHTRONEX	
qc gentle laxative	84	RA HI CAL	136	SYSTEM	53
qc ibuprofen	34	ra high potency iron	91	REPATHA SURECLICK	53
qc loratadine allergy relief	99	ra iron	91	RESTASIS	96
qc loratadine-d	109	ra natural magnesium	136	RESTASIS MULTIDOSE	96
qc miconazole 7	86	ra niacin	152	RESTORA RX	79
qc milk of magnesia	84	ra no flush niacin	152	RETEVMO	19
qc mineral oil heavy	85	ra pediatric electrolyte	131	REVLIMID	25
qc mucus relief	109	ra slow release iron	91	REXULTI	121
qc mucus relief er	109	ra vitamin a	152	REYATAZ	40
qc nasal decongestant pe	109	ra vitamin b-1	152	REZLIDHIA	19
qc natural vegetable	85	ra vitamin b12	152	REZUROCK	30
qc natura-lax	85	ra vitamin b-12	152	RHOPRESSA	92
qc nicotine transdermal system	126	ra vitamin b-12 tr	152	ribavirin	47
qc non-aspirin childrens	38	ra vitamin b-6	152	RID LICE KILLING SHAMPOO	163
qc non-aspirin extra strength	38	ra vitamin c	152	rifabutin	41
qc pain relief	38	ra vitamin c cr	152	rifampin	41
qc pain relief childrens	38	ra vitamin c/rose hips	152	riluzole	122
qc pain relief extra strength	38	ra vitamin d-3	152	rimantadine hcl	47
qc pink bismuth	79	ra vitamins complete childrens	152	RINVOQ	28
qc povidone iodine	165	ra zinc	136	RISABAL-PH	165
qc stomach relief ultra	79	RABAVERT	32	risedronate sodium	77
qc stool softener	85	rabeprazole sodium	82	RISPERDAL CONSTA	121
qc stool softener pls laxative	85	RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3	152	risperidone	121
qc suphedrine maximum strength	109	raloxifene hcl	74	RITEFLO	103
qc tolnaftate	159	ramipril	58	ritonavir	40
qc triple antibiotic max st	160	ranolazine er	57	rivastigmine	117
qc tussin cf	109	rasagiline mesylate	115	rivastigmine tartrate	117
qc tussin dm cough/congestion	109	RAYALDEE	61	RIVELSA	70
qc tussin mucus/congestion	109	REALITY LATEX CONDOMS	70	rizatriptan benzoate	123
qc vapor inhaler	109	RECLIPSEN	70	robafen cf multi-symptom cold	109
QINLOCK	19	RECOMBIVAX HB	32	ROBAFEN DM	109
Q-SORB CO Q-10	128	RECTIV	165	ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION	109
QSYMIA	76	reeses pinworm medicine	45	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	109
QUADRACEL	32	REFRESH	95	ROCKLATAN	92
quetiapine fumarate	121	REFRESH CELLUVISC	95	roflumilast	103
quetiapine fumarate er	121	REFRESH LIQUIGEL	95	ropinirole hcl	115
QUFLORA FE	151	REFRESH OPTIVE	95	rosuvastatin calcium	53
QUFLORA FE PEDIATRIC	151	REFRESH OPTIVE ADVANCED	95	ROTARIX	32
QUFLORA GUMMIES	151	REFRESH OPTIVE ADVANCED PF	95	ROTATEQ	32
QUFLORA PEDIATRIC	151	REFRESH OPTIVE MEGA-3	95	ROWEEPRA	113
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	45	REFRESH OPTIVE PF	95	ROZLYTREK	19, 20
quinapril hcl	58	RUBRACA	20		

rufinamide.....	113	sm 3-day vaginal.....	86	sm ibuprofen ib	34
RUKOBIA.....	40	sm 8 hour pain relief.....	38	sm ibuprofen ib childrens.....	34
RYBELSUS.....	63	sm alcohol.....	59	sm infants ibuprofen.....	34
RYDAPT.....	20	sm all day allergy.....	99	sm iron.....	91
rynex pse.....	109	sm all day allergy childrens.....	99	sm iron slow release.....	91
SAJAZIR.....	88	sm all day allergy-d.....	109	sm lice killing max strength.....	163
SANDIMMUNE.....	30	sm allergy childrens.....	99	sm lice treatment.....	163
SANTYL.....	160	sm allergy relief.....	99	sm loratadine.....	100
sapropterin dihydrochloride.....	74	sm animal shapes complete.....	152	sm lorata-dine d.....	109
sb allergy relief/nasal decong.....	109	sm animal shapes kids first.....	152	sm lubricant eye drops.....	96
sb calcium + d.....	136	sm antacid.....	78	sm lubricating plus.....	96
sb lice killing max st.....	163	sm antacid advanced.....	78	sm lubricating tears.....	96
sb oyster shell calcium.....	136	sm antacid advanced max st.....	78	sm magnesium oxide.....	136
sb pediatric electrolyte.....	131	sm antacid maximum strength.....	78	sm miconazole 3.....	86
sb vitamin c.....	152	sm antibiotic.....	160	sm miconazole 3 applicator.....	86
scar care.....	59	sm anti-diarrheal.....	79	sm miconazole 7	86
SCEMBLIX.....	20	sm antifungal clotrimazole.....	159	sm milk of magnesia.....	85
scopolamine.....	80	sm antifungal miconazole.....	159	sm mucus relief.....	110
SECUADO.....	121	sm antifungal tolnaftate.....	159	sm mucus relief max strength.....	109
selegiline hcl.....	115	sm anti-itch extra strength.....	165	sm multiple vitamins essential.....	153
selenious acid.....	137	sm antiseptic skin cleanser.....	165	sm multiple vitamins/iron.....	153
selenium sulfide.....	161	sm arthritis pain relief.....	39	sm nasal decongestant max st.....	110
SELZENTRY.....	40	sm aspirin.....	39	sm nasal decongestant pe	110
senexon-s.....	85	sm aspirin adult low strength.....	39	sm nasal spray.....	110
senna.....	85	sm aspirin ec.....	39	sm nasal spray 12 hour.....	110
senna laxative.....	85	sm aspirin low dose.....	39	sm nasal spray moisturizing.....	110
senna plus.....	85	sm athletes foot.....	159	sm nasal spray sinus.....	110
senna s.....	85	sm b super vitamin complex.....	152	sm niacin cr.....	153
senna-lax.....	85	sm b100 complex.....	152	sm nicotine	126
senna-tabs.....	85	sm balanced b-50.....	152	sm nicotine polacrilex	126
senna-time.....	85	sm b-complex.....	152	sm nose drops nasal decongest....	110
senna-time s.....	85	sm b-complex/vitamin c.....	152	sm oyster shell calcium/vit d.....	136
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	85	sm biotin.....	153	sm oyster shell calcium/vit d3.....	136
SEREVENT DISKUS.....	97	sm calamine	165	sm pain & fever childrens.....	39
sertraline hcl.....	118	sm calamine phenolated.....	165	sm pain & fever infants.....	39
se-tan plus.....	91	sm calcium 500/vitamin d3.....	136	sm pain relief.....	39
SETLAKIN.....	70	sm calcium 600/vitamin d	136	sm pain reliever.....	39
sevelamer carbonate.....	60	sm calcium 600+d3.....	136	sm pain reliever childrens.....	39
SHAROBEL.....	70	sm calcium citrate+/vit d3.....	136	sm pain reliever ex st.....	39
SHINGRIX.....	32	sm calcium citrate+d3 petite	136	sm pediatric electrolyte	131
SIGNIFOR.....	74	sm calcium citrate+vit d3 max.....	136	sm povidone-iodine	165
sildadryl allergy.....	99	sm calcium/vitamin d	136	sm slow release iron	91
sildenafil citrate.....	58	sm calcium/vitamin d3	136	sm stomach relief.....	79
siltussin sa.....	109	sm calcium-vitamin d	136	sm stool softener	85
siltussin-dm alcohol free.....	109	sm chewable vitamin c	153	sm stool softener/laxative	85
silver sulfadiazine.....	160	sm childrens loratadine	99	sm super b complex/c.....	153
SIMBRINZA.....	93	SM CLEARLAX.....	85	sm triple antibiotic	160
SIMLIYA.....	70	sm clotrimazole vaginal.....	86	sm triple antibiotic max st	160
SIMPESSE.....	70	sm co q-10.....	128	sm tussin cf.....	110
simvastatin.....	53	sm coenzyme q-10.....	128	sm tussin cough/chest congest	110
sinus nasal spray.....	109	sm ear drops.....	166	sm tussin dm	110
sinus relief extra strength.....	109	sm enema.....	85	sm tussin dm max	110
sirolimus.....	30	sm fexofenadine hcl.....	100	sm tussin mucus+chest congest	110
SIRTURO.....	41	sm fiber.....	85	sm vit c/rose hips	153
SIVEXTRO.....	45	sm fiber powder.....	85	sm vitamin b complex/vitamin c	153
SKYRIZI.....	28	sm folic acid.....	153	sm vitamin b1	153
SKYRIZI PEN.....	28	sm gas relief.....	81	sm vitamin b-12	153
SLOW FE.....	91	sm gas relief infants.....	81	sm vitamin b12 tr.....	153
slow iron.....	91	sm gentle laxative	85	sm vitamin b6	153
slow release iron.....	91	sm ibuprofen	34	sm vitamin b-6.....	153

sm vitamin c	153	sulfacetamide sodium	94	TASIGNA	20
sm vitamin c cr	153	sulfacetamide sodium (acne)	159	tasimelteon	124
sm vitamin c/rose hips	153	sulfacetamide-prednisolone	93	tazarotene	161
sm vitamin d	153	sulfadiazine	45	TAZICEF	48
sm vitamin d3	153	sulfamethoxazole-trimethoprim	45	TAZORAC	161
sm vitamin e	153	SULFAMYLYON	160	TAZTIA XT	55
sm zinc gluconate	136	sulfasalazine	81	TAZVERIK	20
sodium bicarbonate	78	sulindac	34	TDVAX	32
sodium chloride	110, 129, 160	sumatriptan	123	TECENTRIQ	20
sodium chloride (hypertonic)	96	sumatriptan succinate	123	TEFLARO	48
sodium fluoride	130, 136	sumatriptan succinate refill	123	telmisartan	52
sodium oxybate	124	sumitinib malate	20	telmisartanamlodipine	56
sodium phenylbutyrate	74	SUNLENCA	40	telmisartan-hctz	56
sodium phosphates	136	super antioxidant	153	temazepam	124
sodium polystyrene sulfonate	61	super b complex/falvit c	153	TENIVAC	32
solifenacin succinate	87	super b complex/vitamin c	153	tenofovir disoproxil fumarate	40
SOLIQUA	65	super b-complex + vitamin c	153	TEPMETKO	21
SOLTAMOX	23	super b-complex/vit c/fa	153	terazosin hcl	53
SOLU-CORTEF	76	super biotin	154	terbinafine hcl	43, 159
SOMATULINE DEPOT	74	super calcium	136	terbutaline sulfate	97
SOMAVERT	74	super calcium 600 + d 400	136	terconazole	86
sorafenib tosylate	20	super calcium 600 + d3	136	teriparatide (recombinant)	77
SORBOLENE	165	super daily d3	154	testosterone	62
SORINE	52	SUPER QINTS B-50	154	testosterone cypionate	62
sotalol hcl	52	suphedrine 12hour	110	testosterone enanthate	62
sotalol hcl (af)	52	sv vitamin b-12 er	154	tetrabenazine	122, 123
span c	153	SYEDA	71	tetracycline hcl	51
SPEEDY SWAB COVID-19		SYMDEKO	103	THALOMID	25
ANTIGEN	45	SYMPAZAN	114	theophylline	103
spironolactone	51	SYMTUZA	42	theophylline er	103
spironolactone-hctz	57	SYNAREL	74	TERA	154
SPRINTEC 28	70	SYNJARDY	63	TERA-D 2000	154
SPRITAM	113, 114	SYNJARDY XR	63	TERA-D 4000	154
SPRYCEL	20	SYNTHROID	60	TERA-D RAPID REPLETION	154
SPS	61	SYRSPEND SF	60	THERAMIL FORTE	154
SRONYX	71	SYSTANE	96	therapeutic moisturizing	165
SSD	160	SYSTANE BALANCE	96	thera-tabs	154
STELARA	28	SYSTANE COMPLETE	96	THEREMS	154
sterile water for irrigation	160	SYSTANE ICAPS AREDS2	154	thiamine hcl	154
stimulant laxative	85	SYSTANE PRESERVATIVE FREE ..	96	thiamine mononitrate	154
STIVARGA	20	SYSTANE ULTRA	96	thioridazine hcl	121
stomach relief	79	SYSTANE ULTRA PF	96	thiothixene	121
stomach relief extra strength	79	TAB-A-VITE	154	TIADYL ER	55
stomach relief ultra	79	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ..	154	tiagabine hcl	114
stool softener	85	tab-a-vite/iron	154	TIBSOVO	21
stool softener plus laxative	85	TAB-A-VITE/IRON/BETA		TICOVAC	32
streptomycin sulfate	45	CAROTENE	154	tigecycline	51
stress formula	153	TABLOID	25	TILIA FE	71
stress formula (folic acid)	153	TABRECTA	20	timolol maleate	54, 93
stress formula/iron	153	tacrolimus	30, 165	tinidazole	45
STRESSTABS ENERGY	153	TAFINLAR	20	TIVICAY	41
STRIBILD	42	TAGRISSO	20	TIVICAY PD	41
STROVITE ONE	153	TALTZ	28	tizanidine hcl	116
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	165	TALZENNA	20	TOBRADEX	93
SUBVENITE	114	tamoxifen citrate	23	TOBRADEX ST	93
sucralfate	81	tamsulosin hcl	87	tobramycin	45, 94
SUDOGEST	110	TANDEM	91	tobramycin sulfate	45
sudogest 12 hour	110	TANDEM PLUS	91	tobramycin-dexamethasone	93
SUDOGEST MAXIMUM		TARINA 24 FE	71	tolnaftate	159
STRENGTH	110	TARINA FE 1/20 EQ	71	tolterodine tartrate	87

tolterodine tartrate er.....	87	TROGARZO	41	valproate sodium.....	125
topiramate.....	114	TROPHAMINE.....	137	valproic acid.....	114
toremifene citrate.....	23	tropical liquid nutrition.....	154	valsartan.....	52
torsemide.....	57	trospium chloride.....	87	valsartan-hydrochlorothiazide.....	56
TOUJEOL MAX SOLOSTAR.....	65	TRULICITY	64	VALTOCO 10 MG DOSE.....	114
TOUJEOL SOLOSTAR.....	65	TRUMENBA.....	32	VALTOCO 15 MG DOSE.....	114
TPN ELECTROLYTES.....	129	TRUSTEX		VALTOCO 20 MG DOSE.....	114
TRADJENTA.....	64	LUB/RIBBED/STUDDED	71	VALTOCO 5 MG DOSE.....	114
TRALEMENT.....	137	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		value plus glucose.....	61
tramadol hcl.....	35	ST	71	VANADOM.....	116
tramadol-acetaminophen.....	35	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	71	VANATAB DM.....	111
trandolapril.....	58	TRUSTEX LUBRICATED	71	vancomycin hcl.....	46
tranexamic acid.....	89	TRUSTEX LUBRICATED EX		vancomycin hcl in nacl.....	46
tranylcyromine sulfate.....	118	LARGE	71	VANFLYTA.....	21
TRAVASOL.....	137	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VANIBASE.....	60
TRAZIMERA.....	21	ST	71	VANICREAM.....	165
trazodone hcl.....	118	TRUSTEX		vanishing cream botanical base.....	60
TRECATOR.....	41	LUBRICATED/SPERMICIDE	71	VAQTA.....	32
TRELEGY ELLIPTA.....	100	TRUSTEX NON-LUBRICATED	71	varenicline tartrate.....	126
treprostinil.....	58	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	71	varenicline tartrate (starter).....	126
TRESIBA.....	65	TRUSTEX RIA LUBRICATED	72	VARIVAX.....	33
TRESIBA FLEXTOUCH.....	65	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	72	VASCEPA.....	53
tretinoin.....	25, 159	TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	72	v-c forte.....	154
triamcinolone acetonide.....	158, 162	TRUXIMA	21	vegetable lax+stool softener.....	85
triamterene-hctz.....	57	TUKYSA	21	VELIVET.....	72
tri-buffered aspirin.....	39	TURALIO	21	VELPHORO.....	60
TRICON.....	91	TURQOZ	72	VELTASSA.....	61
trientine hcl.....	61	TUSNEL	110	VELVACHOL.....	165
TRI-ESTARYLLA.....	71	TUSNEL C	110	VEMLIDY.....	47
TRIFERIC.....	92	tusnel diabetic.....	110	VENCLEXTA.....	21
trifluoperazine hcl.....	121	TUSNEL DM	110	VENCLEXTA STARTING PACK.....	21
trifluridine.....	94	TUSNEL DM PEDIATRIC	110	VENEXA.....	154
trigels-f forte.....	92	TUSNEL PEDIATRIC	110	VENEXA FE.....	154
trihexyphenidyl hcl.....	115	TUSNEL-DM PEDIATRIC	110	venlafaxine hcl.....	118
TRIJARDY XR.....	64	TUSNEL-EX	110	venlafaxine hcl er.....	118
TRIKAFTA.....	103	tussin cf.....	110	VENOFER.....	92
TRI-LEGEST FE.....	71	tussin cough.....	110	VENTAVIS.....	58
TRI-LINYAH.....	71	tussin dm.....	111	VENTOLIN HFA.....	97
TRI-LO-ESTARYLLA.....	71	tussin dm max adult.....	111	verapamil hcl.....	55
TRI-LO-MARZIA.....	71	tussin mucus & chest congest.....	111	verapamil hcl er.....	55
TRI-LO-MILI.....	71	tussin mucus+chest congestion.....	111	VERQUVO.....	57
TRI-LO-SPRINTEC.....	71	tussin multi-symptom cold cf.....	111	VERSACLOZ.....	122
trimethoprim.....	45	TWINRIX	32	versatile cream base.....	60
TRI-MILI.....	71	TYBOST	41	VERSIGEL.....	60
trimipramine maleate.....	118	TYDEMY	72	VERZENIO.....	21
TRINTELLIX.....	118	TYPHIM VI	32	VESTURA.....	72
TRI-NYMYO.....	71	TYRVAYA	96	V-GO 20	65
triphocaps.....	154	U-BASE	60	V-GO 30	65
triple antibiotic.....	161	UBRELVY	123	V-GO 40	66
triple antibiotic plus.....	161	UDAMIN SP	154	VIC-FORTE.....	154
triple antibiotic+pain relief.....	161	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	154	VIENVA.....	72
TRIPLE PASTE AF.....	159	ultra lubricating eye drops.....	96	vigabatrin.....	114
TRI-SPRINTEC.....	71	UNITHROID	61	VIGADRONE.....	114
TRIUMEQ	42	UPSPRING BABY VIT D	154	vilazodone hcl.....	118
TRIUMEQ PD.....	42	ursodiol.....	81	vincristine sulfate.....	26
tri-vite/fluoride.....	154	valacyclovir hcl.....	47	vinorelbine tartrate.....	26
TRIVORA (28).....	71	VALCHLOR	165	viorele.....	72
TRI-VYLIBRA.....	71	valganciclovir hcl.....	47	VIRACEPT.....	41
TRI-VYLIBRA LO.....	71			VIREAD.....	41
TRIZIVIR.....	42			virt-caps.....	154

VIRT-GARD	155	VITREXYL	157	XULTOPHY	66
<i>vision health</i>	155	VITREXYL + IRON	157	YARGESA	74
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA	155	VITRON-C	92	YF-VAX	33
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA	155	VIVITROL	126	<i>yl coenzyme q10</i>	128
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	155	VIZIMPRO	21	<i>yl folic acid</i>	157
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	155	VONJO	21	<i>yl vitamin b-6</i>	157
<i>vitabex plus</i>	155	voriconazole	43	<i>yl vitamin c</i>	157
<i>vitachew adult multi vitamin</i>	155	VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	103	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	157
<i>vitachew multiple vitamin</i>	155	VOSEVI	47	YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES	157
<i>vitachew vit c citrus burst</i>	155	VOTRIENT	21	YUVAFEM	75
VITAJOY DAILY C GUMMIES	155	vp-vite rx	157	ZAFEMY	72
VITAL-D RX	155	VRAYLAR	122	<i>zafirlukast</i>	104
<i>vitalee</i>	155	VYFEMLA	72	<i>zaleplon</i>	124
VITALETTS CHILDRENS	155	VYLIBRA	72	ZARXIO	89
<i>vitamin a</i>	155	VYZULTA	93	ZEASORB-AF	159
<i>vitamin b + c complex</i>	155	warfarin sodium	88	ZEJULA	22
<i>vitamin b 12</i>	155	wee care	92	ZELBORAF	22
<i>vitamin b complex</i>	155	WELIREG	25	ZEMAIRA	103
<i>vitamin b1</i>	155	WERA	72	ZENATANE	160
<i>vitamin b-1</i>	155	westab one	157	ZENPEP	82
<i>vitamin b12</i>	155	white petroleum jelly	60	ZERVIASTE	92
<i>vitamin b-12</i>	155	WIXELA INHUB	100	<i>zidovudine</i>	41
<i>vitamin b-12 er</i>	155	womens 50+ advanced	157	ZIEXTENZO	89
<i>vitamin b12 tr</i>	155	womens multi	157	<i>zinc</i>	136
<i>vitamin b6</i>	155	womens multi gummies	157	ZINC 15	136
<i>vitamin b-6</i>	155	wound care	60	<i>zinc chloride</i>	137
<i>vitamin c</i>	156	WYMZYA FE	72	<i>zinc gluconate</i>	136
<i>vitamin c drops</i>	155	XALKORI	21, 22	<i>zinc oxide</i>	166
<i>vitamin c er</i>	155	XARELTO	88	<i>zinc sulfate</i>	136
<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	156	XARELTO STARTER PACK	88	<i>ziprasidone hcl</i>	122
<i>vitamin c/rose hips</i>	156	XATMEP	30	<i>ziprasidone mesylate</i>	122
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	156	XCEL 100	60	ZIRABEV	22
<i>vitamin c-rose hips</i>	156	XCOPRI	114, 115	ZIRGAN	94
<i>vitamin c-rose hips er</i>	156	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	114	<i>zoledronic acid</i>	77
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	156	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	114	ZOLINZA	22
<i>vitamin d</i>	156	XELJANZ	28	<i>zolpidem tartrate</i>	124
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	156	XELJANZ XR	28	ZONISADE	115
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	156	XENICAL	76	<i>zonisamide</i>	115
<i>vitamin d high potency</i>	156	XERAC AC	166	ZOO FRIENDS/EXTRA C	157
<i>vitamin d infant</i>	156	XERMELO	81	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
VITAMIN D-1000 MAX ST	156	XGEVA	77		
<i>vitamin d3</i>	156	XHANCE	104	ZOVIA 1/35 (28)	72
<i>vitamin d-3</i>	156	XIFAXAN	81	ZTALMY	115
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	156	XIGDUO XR	64	ZUMANDIMINE	72
<i>vitamin d3 maximum strength</i>	156	XXIIDRA	96	ZURZUVAE	118
<i>vitamin e</i>	157	XOFLUZA (40 MG DOSE) ..	47	ZYDELIG	22
<i>vitamin e blend</i>	157	XOFLUZA (80 MG DOSE) ..	47	ZYKADIA	22
<i>vitamin e water soluble</i>	157	XOLAIR	103	ZYLET	93
<i>vitamin k1</i>	157	XOSPATA	22	ZYPREXA RELPREVV	122
<i>vitamin-b complex</i>	157	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
<i>vitamins acd-fluoride</i>	157	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
<i>vitamins for hair</i>	157	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
<i>vitatrum</i>	157	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
VITRAKVI	21	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
VITRANOL	157	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
VITRANOL FE	157	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
VITREXATE	157	XULANE	72		
VITREXATE FE	157				

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 **23/01/2024**.

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.





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/Language 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 답해 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 Italiano 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 tłumaczaującego 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ございます。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: យើងមានសេវាអ្នកបារូប្បញ្ញាល់មាត់ដើម្បីផ្តល់សំណូរដៃលម្អិតអាជ្ញាធម៌នឹងសុខភាព និងផ្តល់បស់យើងទាំង ។ យើងមិនត្រូវបានអ្នកបារូប្បញ្ញាល់មាត់ ត្រាក់កែហោចូរសព្ទមកយើងទាំងតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលគិតយាយខ្លួនរដ្ឋយើងបាន។ នេះជាសេវាអ្នកប្រើប្រាស់តាមគិតផ្តើ។