

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care
Options (HMO-SNP)
Formulário 2019
(Lista de Medicamentos Abrangidos)

LEIA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS COBERTOS
POR NÓS NESTE PLANO

ID de envio de arquivo do formulário aprovado pela HPMS: 19479, Número da versão: 7

Este formulário foi atualizado em 11/12/2018. Para informações mais recentes ou outras dúvidas, fale conosco: Atendimento ao usuário do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options, em 1-877-833-8125 ou, para usuários de TTY, 711, 8h – 20h de segunda a sexta-feira. (Representantes disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março), ou acesse www.SeniorsGetMore.org.

Formulário do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options | *Lista de medicamentos abrangidos de 2019*

Introdução

Este documento é chamado *Lista de medicamentos abrangidos* (também conhecido como Lista de medicamentos). Ele informa quais medicamentos com receita e *de venda livre (OTC)* são abrangidos pelo nosso plano. A Lista de medicamentos também informa se há regras ou restrições especiais para quaisquer medicamentos abrangidos pelo nosso plano.

Nossos detalhes de contato, junto com a data em que atualizamos a Lista de medicamentos pela última vez, aparecem nas páginas de capa e verso. Os principais termos e suas definições aparecem no último capítulo da *Prova de cobertura*.

Índice

A.	Isenções	4
B.	Perguntas frequentes (FAQ)	4
	B1. Quais medicamentos com receita estão na <i>Lista de medicamentos abrangidos</i> ? (Chamamos a <i>Lista de medicamentos abrangidos</i> de “Lista de medicamentos” para abreviar.)	4
	B2. A Lista de medicamentos pode ser alterada?.....	5
	B3. O que acontece quando há mudança na Lista de medicamentos?.....	6
	B4. Existem restrições ou limites à abrangência de medicamentos, ou medidas necessárias a serem tomadas para a obtenção de determinados medicamentos?	7
	B5. Como você pode saber se o medicamento que você precisa possui limitações ou se há medidas necessárias a serem tomadas para se obter tal medicamento?.....	8
	B6. O que acontece se mudarmos as nossas regras acerca da nossa cobertura de determinados medicamentos (por exemplo, autorização prévia (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições a tratamento escalonado)?	8
	B7. Como você pode encontrar um medicamento na Lista de medicamentos?.....	8
	B8. E se o medicamento que você deseja utilizar não estiver na Lista de medicamentos?.....	8
	B9. E se você é usuário novo do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options e não consegue encontrar o seu medicamento na Lista de medicamentos, ou tiver problemas para obter o medicamento?	9
	B10. Você pode solicitar uma exceção para que seu medicamento seja coberto?.....	10
	B11. Como você pode pedir uma exceção?	10
	B12. Quanto tempo demora para obter uma exceção?.....	10
	B13. O que são medicamentos genéricos?.....	10
	B14. O que são medicamentos OTC?	10
	B15. O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cobre suprimentos de receitas a longo prazo?.....	10

B16. Receitas podem ser entregues em minha residência pela farmácia local?	11
B17. O que é a sua coparticipação no pagamento?	11
C. Visão geral da <i>Lista de medicamentos abrangidos</i>	11
C1. Lista de medicamentos por condição clínica	12
D. Índice de medicamentos abrangidos	125

A. Isenções

Esta é uma lista de medicamentos que os usuários podem obter em Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options.


- ❖ O formulário pode ser alterado a qualquer momento. Você receberá um aviso, quando necessário.
- ❖ O Plano Opções para Atendimento de Idosos Boston Medical Center HealthNet (HMO-SNP) é um plano HMO que tem contrato com o Medicare Advantage e com o programa Medicaid de Massachusetts. A inscrição no Plano Opções para Atendimento de Idosos Boston Medical Center HealthNet (HMO-SNP) depende da renovação do contrato. O Plano Opções para Atendimento de Idosos Boston Medical Center HealthNet (HMO-SNP) é um programa MassHealth (Medicaid) voluntário, vinculado ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services) e os Centros para Serviços Medicare & Medicaid (CMS).
- ❖ Você pode consultar a *Lista de medicamentos abrangidos* atualizada do nosso plano on-line, em www.SeniorsGetMore.org, ou ligando para 855-833-8125.
- ❖ **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla Español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ **ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ Você pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como em fonte maior, braille ou em áudio. Ligue para 855-833-8125 (TTY: 711), Representantes presenciais estão disponíveis das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita.

B. Perguntas frequentes (FAQ)

Encontre aqui respostas para as suas perguntas sobre esta *Lista de medicamentos abrangidos*. Você pode ler todas as perguntas frequentes para saber mais, ou pesquisar uma pergunta e sua resposta.

B1. Quais medicamentos com receita estão na *Lista de medicamentos abrangidos*? (Chamamos a *Lista de medicamentos abrangidos* de “Lista de medicamentos” para abreviar.)

Os medicamentos da *Lista de medicamentos abrangidos*, que tem início na página 16, são os medicamentos abrangidos pelo Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options. Os medicamentos estão

 **Se você tiver dúvidas**, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

disponíveis nas farmácias da nossa rede. Uma farmácia pertence à nossa rede se tivermos um acordo com ela para que trabalhe conosco e preste serviços a você. Nós nos referimos a tais farmácias como “farmácias da rede”.

- O nosso plano irá abranger todos os medicamentos necessários na Lista de medicamentos se:
 - seu médico ou outro disser que você precisa deles para melhorar e se manter saudável,
 - O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options concordar que o medicamento é necessário para você, e
 - você preencher a receita em uma farmácia da rede do plano.
- Em alguns casos, você precisa fazer algo antes de receber o medicamento. Para mais informações, consulte a pergunta B4.

Você também pode consultar uma lista atualizada de medicamentos abrangidos por nós em nosso site, em www.SeniorsGetMore.org, ou ligando para o Atendimento aos usuários, em 855-833-8125 (TTY: 711).

B2. A Lista de medicamentos pode ser alterada?

Sim. O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pode adicionar ou remover medicamentos da Lista de medicamentos ao longo do ano.

Também podemos alterar as nossas regras em relação aos medicamentos. Por exemplo, poderemos:

- Exigir ou não aprovação prévia para um medicamento. (Aprovação prévia é a permissão do nosso plano antes de você receber o medicamento.)
- Aumentar ou alterar a quantidade que você pode obter de um medicamento (os chamados limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar restrições do tratamento escalonado de um medicamento. (Tratamento escalonado significa que você deve, primeiramente, experimentar um medicamento, antes que possamos cobrir um outro medicamento.)

Para mais informações sobre essas regras sobre medicamentos, consulte a pergunta B4.

Se você está tomando um medicamento que era coberto no **início** do ano, provavelmente não iremos remover nem alterar a cobertura de tal medicamento **ao longo do resto do ano**, salvo se:

- um medicamento novo e mais barato surgir, tendo o mesmo efeito do medicamento da Lista de medicamentos, **ou**
- descobrirmos que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento for retirado do mercado.



Se você tiver dúvidas, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

As perguntas B3 e B6 abaixo contêm mais informações acerca do que acontece quando a Lista de medicamentos é alterada.

- Você pode sempre consultar a Lista de medicamentos on-line e atualizada do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options em www.SeniorsGetMore.org.
- Você também pode ligar para o Atendimento aos usuários para consultar a Lista atual de medicamentos, pelo número 855-833-8125 (TTY: 711).


B3. O que acontece quando há mudança na Lista de medicamentos?

Algumas alterações à Lista de medicamentos ocorrem **imediatamente**. Por exemplo:

- **Quando um novo medicamento genérico é disponibilizado.** Às vezes, um medicamento novo e mais barato surge, tendo o mesmo efeito do medicamento da Lista de medicamentos. Quando isso acontece, poderemos remover o medicamento atual, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionamos o novo medicamento genérico, poderemos decidir manter o medicamento atual na lista, mas alterar seus limites ou regras de cobertura.
 - Não temos que avisá-lo antes de fazer esta mudança, mas o informaremos sobre as mudanças específicas que tivermos feito.
 - Você ou seu provedor podem solicitar uma exceção a tais mudanças. Enviaremos a você um aviso contendo as medidas que você pode tomar para solicitar uma exceção. Consulte as perguntas B10-B12 para mais informações sobre exceções.
- **Quando um medicamento é retirado do mercado.** Se a agência de saúde dos EUA (Food and Drug Administration - FDA) estabelecer que o medicamento que você está tomando não é seguro, ou se o fabricante do mesmo o retirar do mercado, nós o retiraremos da Lista de medicamentos. Se você estiver fazendo uso do medicamento, nós o informaremos. Se você receber um aviso informando que um medicamento está sendo retirado do mercado, fale com o seu médico ou outro profissional da saúde acerca de outras opções de tratamento ideais para você.

Poderemos fazer outras alterações que afetem os medicamentos utilizados por você. Avisaremos com antecedência acerca dessas outras mudanças à Lista de medicamentos. Tais mudanças podem ocorrer se:

- A FDA disponibilizar orientação nova ou se houver novas orientações clínicas sobre um medicamento.
- Adicionarmos um novo medicamento genérico que não é novidade no mercado **e**
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de medicamentos **ou**
 - Alterarmos os limites ou regras de cobertura para o medicamento de marca.

 **Se você tiver dúvidas**, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

Quando ocorrerem essas alterações, nós o informaremos pelo menos 30 dias antes de fazermos a mudança na Lista de medicamentos ou quando você solicitar o refil. Isso dará a você tempo para conversar com o seu médico ou outro profissional da saúde. Ele(a) poderá ajudá-lo a decidir se há medicamento similar na Lista de medicamentos pelo qual você possa substituí-lo, ou se o melhor é solicitar uma exceção. Então, você poderá:

- Receber um refil do medicamento para 30 dias, antes da alteração ser feita à Lista de medicamentos, ou
- Solicitar uma exceção a tais mudanças. Consulte as perguntas B10-B12 para mais informações sobre as exceções.

B4. Existem restrições ou limites à abrangência de medicamentos, ou medidas necessárias a serem tomadas para a obtenção de determinados medicamentos?

Sim, alguns medicamentos possuem regras de cobertura ou limites à quantidade que você pode obter. Em alguns casos, você ou seu médico (ou outro profissional da saúde) devem realizar algo antes que você possa receber o medicamento. Por exemplo:

- **Aprovação prévia (ou autorização prévia):** Para alguns medicamentos, você ou seu médico (ou outro profissional da saúde) devem obter aprovação do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options antes de retirar sua receita. Aprovação prévia significa uma aprovação do nosso plano para que você possa buscar serviços fora de nossa rede ou obter serviços que não costumam ser atendidos pela nossa rede **antes** de obtê-los de fato. A autorização prévia é diferente de uma indicação. O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pode não cobrir o medicamento se você não tiver aprovação.
- **Limites de quantidade:** Às vezes, o nosso plano limita a quantidade que você pode obter de um medicamento.
- **Tratamento escalonado:** Às vezes, o nosso plano exige que você realize um tratamento escalonado. Isso significa que você deverá usar os medicamentos em uma determinada ordem para o tratamento do seu quadro clínico. Talvez seja preciso que você utilize um medicamento antes que possamos cobrir o seguinte. Se o seu médico achar que o primeiro medicamento não funciona para você, cobriremos o segundo.

Você pode descobrir se o seu medicamento possui algum requisito extra ou limitações consultando a tabela que começa na página 16. Você também pode obter mais informações acessando o nosso site em www.SeniorsGetMore.org. Postamos documentos on-line que explicam as nossas restrições de autorização e tratamento escalonado. Você pode nos solicitar que mandemos uma cópia.

Você pode solicitar uma exceção a tais limites. Isso dará a você tempo para conversar com o seu médico ou outro profissional da saúde. Ele(a) poderá ajudá-lo a decidir se há medicamento similar na Lista de medicamentos pelo qual você possa substituí-lo, ou se o melhor é solicitar uma exceção. Consulte as perguntas B10-B12 para mais informações sobre as exceções.



Se você tiver dúvidas, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

B5. Como você pode saber se o medicamento que você precisa possui limitações ou se há medidas necessárias a serem tomadas para se obter tal medicamento?

A *Lista de medicamentos abrangidos* da página 16 possui uma coluna chamada “Ações necessárias, restrições ou limites ao uso”.

B6. O que acontece se mudarmos as nossas regras acerca da nossa cobertura de determinados medicamentos (por exemplo, autorização prévia (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições a tratamento escalonado)?

Em alguns casos, nós o informaremos antecipadamente caso adicionemos ou alteremos uma aprovação prévia, limites de quantidade e/ou restrições a tratamento escalonado em relação a um medicamento. Consulte a pergunta B3 para obter mais informações sobre este aviso antecipado e situações em que talvez não seja possível informar antecipadamente sobre alterações às nossas regras sobre medicamentos da Lista de medicamentos.

B7. Como você pode encontrar um medicamento na Lista de medicamentos?

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

- Você pode pesquisar em ordem alfabética (se você souber como se escreve o nome do medicamento), **ou**
- Você pode pesquisar por condição clínica.


Para pesquisar **em ordem alfabética**, procure o seu medicamento na seção Índice de medicamentos abrangidos. Você o encontra a partir da página 125.

Para pesquisar **por condição clínica**, encontre a seção “Lista de medicamentos por condição clínica”, na página 13. Os medicamentos desta seção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condição clínica para a qual são usados. Por exemplo, se você tiver uma doença cardíaca, deve pesquisar na categoria Agentes cardiovasculares. É nela que você encontrará os medicamentos usados para o tratamento de doenças cardíacas.

B8. E se o medicamento que você deseja utilizar não estiver na Lista de medicamentos?

Se não encontrar o seu medicamento na Lista, ligue para o Atendimento ao usuário, pelo número 855-833-8123 (TTY: 711), e esclareça a questão. Se você descobrir que o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options não cobrirá o medicamento, poderá tomar uma das seguintes atitudes:

- Pedir ao Atendimento ao usuário uma lista de medicamentos similares ao que você deseja utilizar. Depois, mostre a lista a seu médico ou outro profissional da saúde. Ele(a) pode prescrever um medicamento dessa lista que seja similar ao que você gostaria de utilizar. **Ou**
- Você pode pedir que o plano de saúde abra uma exceção e cubra o medicamento. Consulte as perguntas B10-B12 para mais informações sobre as exceções.

 **Se você tiver dúvidas**, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

B9. E se você é usuário novo do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options e não consegue encontrar o seu medicamento na Lista de medicamentos, ou tiver problemas para obter o medicamento?

Podemos ajudar. Podemos cobrir um refil temporário para 30 dias do seu medicamento, durante os primeiros 90 dias de sua assinatura do nosso plano. Isso dará a você tempo para conversar com o seu médico ou outro profissional da saúde. Ele(a) poderá ajudá-lo a decidir se há medicamento similar na Lista de medicamentos pelo qual você possa substituí-lo, ou se o melhor é solicitar uma exceção.

Se a sua prescrição for para menos dias, nós permitiremos abastecimentos múltiplos para fornecer até no máximo 30 dias de medicação.

Cobriremos um refil de 30 dias do seu medicamento se:

- você estiver fazendo uso de medicamento ausente da nossa Lista de medicamentos, **ou**
- as regras do plano de saúde não permitirem que você obtenha a quantidade prescrita por seu médico, **ou**
- o medicamento demandar aprovação prévia pelo Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options, **ou**
- você estiver tomando um medicamento que faz parte de uma restrição a tratamento escalonado

Se estiver fazendo uso de um medicamento que o nosso plano não considera um medicamento Parte D, você tem o direito de obter um refil único de 72 horas do medicamento.

Se você vive em asilo ou estabelecimento de assistência de longo prazo e precisa de um medicamento ausente da Lista de medicamentos, ou se não conseguir obter facilmente o medicamento de que precisa, nós podemos ajudar. Se você está no plano há mais de 90 dias, vive em um estabelecimento de assistência de longo prazo e precisa de um refil imediatamente:

- Cobriremos um refil para 31 dias do medicamento de que você precisa (a menos que sua receita seja para menos dias), quer você seja usuário novo ou não do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options.
- Isto é um adicional ao refil temporário durante os primeiros 90 dias de sua assinatura do nosso plano.

Se você tiver alguma alteração em seu nível de cuidados (por exemplo, tiver alta do hospital ou instituição de cuidados a longo prazo), poderá precisar de um refil temporário de medicamentos receitados quando da troca de ambiente. A farmácia que atender ao seu pedido pode solicitar uma confirmação, entrando em contato com o nosso help desk de farmácias. Cobriremos até 30 dias para cada medicamento não contemplado pelo nosso formulário ou se você tiver limitações à quantidade do medicamento, para possibilitar que você tenha tempo de conversar com o seu médico e trocar para um medicamento adequado coberto por nós ou solicitar a abertura de uma exceção ao formulário.



Se você tiver dúvidas, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

B10. Você pode solicitar uma exceção para que seu medicamento seja coberto?

Sim. Você pode pedir que o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options abra uma exceção para cobrir um medicamento ausente da nossa Lista de medicamentos.

Você também pode pedir que alteremos as regras referentes ao seu medicamento.

- Por exemplo, o nosso plano pode limitar a quantidade coberta por nós em relação a um medicamento. Se o seu medicamento possui limite, você pode nos pedir para alterar o limite e cobrir mais.
- Outros exemplos: você pode nos pedir para renunciar às restrições a tratamento escalonado ou aprovação prévia.

B11. Como você pode pedir uma exceção?

Para solicitar uma exceção, ligue para o Atendimento ao usuário. Um representante do Atendimento ao usuário auxiliará você e seu médico a pedirem uma exceção. Você também pode ler o Capítulo 9 da *Prova de cobertura* para saber mais sobre as exceções.

B12. Quanto tempo demora para obter uma exceção?

Primeiramente, precisamos receber uma declaração de seu médico confirmando a solicitação de uma exceção. Após recebermos a declaração, nós o informaremos da decisão sobre sua exceção em até 72 horas.

Se você ou seu médico acreditam que sua saúde corre perigo se você tiver que esperar 72 horas pela decisão, você pode solicitar uma exceção de urgência. Esta é uma decisão mais rápida. Se o seu médico confirmar esta solicitação, nós o informaremos da decisão em até 24 horas, a contar do recebimento da declaração de seu médico.

B13. O que são medicamentos genéricos?

Medicamentos genéricos são criados a partir dos mesmos ingredientes ativos dos medicamentos de marca. Eles costumam custar menos do que os medicamentos de marca e não possuem nomes muito conhecidos.

Medicamentos genéricos são aprovados pela Food and Drug Administration (FDA).


O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cobre tanto medicamentos de marca quanto genéricos.

B14. O que são medicamentos OTC?

OTC significa “over-the-counter”, ou seja, medicamentos de venda livre. O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cobre alguns medicamentos OTC quando são prescritos em receita por seu médico.

Você pode ler a Lista de medicamentos do plano para ver quais medicamentos de venda livre são cobertos.

B15. O Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cobre suprimentos de receitas a longo prazo?

 **Se você tiver dúvidas**, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, acesse www.SeniorsGetMore.org.

- **Programas de pedido por correio.** Oferecemos um programa de pedido por correio que permite que você receba um refil para até 90 dias de seu medicamento receitado, com envio diretamente para a sua residência. Um refil de 90 dias possui o mesmo critério de pagamento em coparticipação que um refil de um mês.
- **Programas de farmácias de varejo para 90 dias.** Algumas farmácias de varejo também podem oferecer refil para até 90 dias dos medicamentos cobertos. Um refil de 90 dias possui o mesmo critério de pagamento em coparticipação que um refil de um mês.

B16. Receitas podem ser entregues em minha residência pela farmácia local?

Sua farmácia local talvez possa entregar sua receita em sua residência. Você pode ligar para a sua farmácia para descobrir se eles possuem serviço de entrega.

B17. O que é a sua coparticipação no pagamento?

Os usuários do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options não possuem coparticipação no pagamento de medicamentos de venda livre ou com receita e de demais produtos, desde que sigam as regras do plano. Consulte as perguntas B14 e B15 para obter mais informações sobre medicamentos de venda livre e demais produtos.

Camadas são grupos de medicamentos em nossa Lista de medicamentos.

Todos os medicamentos em nossa Lista de medicamentos são da Camada 1 e não possuem coparticipação no pagamento.

Medicamentos de venda livre não possuem coparticipação no pagamento.

Se você tiver dúvidas, ligue para o Atendimento ao usuário, pelo número 855-833-8125 (TTY: 711).

C. Visão geral da *Lista de medicamentos abrangidos*

A *Lista de medicamentos abrangidos* traz informações sobre os medicamentos cobertos pelo Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options. Se tiver dificuldade de encontrar o seu medicamento na lista, procure no Índice de medicamentos abrangidos, que começa na página 125. O índice lista em ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options.

Observação: A camada listada como Não Parte D próxima ao medicamento significa que o medicamento não é “Parte D”. Tais medicamentos possuem regras diferentes no que tange recursos.

- O recurso é uma maneira formal de solicitar a nossa revisão e alteração de uma decisão de cobertura que tomamos, caso você ache que cometemos um erro.
- Por exemplo, podemos decidir que um medicamento que você deseja não está coberto (ou não é mais coberto) pelo Medicare ou MassHealth.



Se você tiver dúvidas, ligue para o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options pelo número 855-833-8125 (TTY: 711), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. (Representantes estão disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** acesse www.SeniorsGetMore.org.

- Se você ou seu médico discordam de nossa decisão, você pode recorrer. Se você tiver alguma dúvida, ligue para o Atendimento ao usuário, pelo número 855-833-8125 (TTY: 711). Você também pode ler o Capítulo 9 da *Prova de cobertura* para saber como recorrer de uma decisão.

C1. Lista de medicamentos por condição clínica

Os medicamentos desta seção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condição clínica para a qual são usados. Por exemplo, se você tiver uma doença cardíaca, deve pesquisar na categoria Agentes cardiovasculares. É nela que você encontrará os medicamentos usados para o tratamento de doenças cardíacas.

A primeira coluna da tabela lista o nome do medicamento. Medicamentos genéricos estão listados em letras minúsculas em itálico (ex.: *lisinopril*), medicamentos de marca estão listados em letras maiúsculas (ex.: BYSTOLIC) e medicamentos de venda livre e demais produtos estão listados em letras minúsculas (ex.: aspirin). As informações na coluna "Ações necessárias, restrições ou limites ao uso" definem se o Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options possui regras para cobrir o seu medicamento.

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (Lista de medicamentos abrangidos)

Lista de Medicamentos por Condição Médica

AGENTES ANTIENXAQUECA	16
AGENTES ANTIGOTOSOS.....	16
AGENTES ANTI-INFLAMATÓRIOS	16
AGENTES ANTIMIASTÊNICOS.....	18
AGENTES ANTI-PARKINSON	18
AGENTES AURICULARES	19
AGENTES BIPOLARES	20
AGENTES CARDIOVASCULARES	20
AGENTES CONTRA A DEMÊNCIA	30
AGENTES DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.....	31
AGENTES DA DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA.....	31
AGENTES DE TRATAMENTO CONTRA O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS/DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	32
AGENTES DENTAIS E ORAIS	33
AGENTES DERMATOLÓGICOS.....	33
AGENTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.....	37
AGENTES DO TRATO RESPIRATÓRIO	39
AGENTES DOS DISTÚRBIOS DO SONO	44
AGENTES GASTROINTESTINAIS	44
AGENTES GENITURINÁRIOS	47
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/ SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (ADRENAL).....	49
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/ SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (HORMÔNIOS SEXUAIS/MODIFICADORES).....	50
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (PITUITÁRIA).....	57
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (TIROIDE).....	57
AGENTES HORMONAIS, SUPRESSORES (PITUITÁRIA)	58
AGENTES HORMONAIS, SUPRESSORES (TIROIDE)	58
AGENTES IMUNOLÓGICOS	58
AGENTES OFTÁLMICOS.....	64
ANALGÉSICOS.....	67
ANESTÉSICOS.....	70
ANSIOLÍTICOS	70
ANTIBACTERIANO	71
ANTICONVULSIVOS	78
ANTIDEPRESSIVOS	81

ANTIEMÉTICO	85
ANTIFÚNGICOS	86
ANTIMICOBACTERIANOS	88
ANTINEOPLÁSICOS	88
ANTIPARASÍTICOS	93
ANTIPSIÓTICOS	94
ANTIVIRAIS	97
COBERTURA ESTENDIDA	103
DIVERSOS	103
ELETRÓLITOS/MINERAIS/METAIS/VITAMINAS	103
EXPANSORES DE VOLUME/MODIFICADORES/PRODUTOS DO SANGUE	107
MEDICAMENTOS ABRANGIDOS PELA MASS HEALTH	109
REGULADORES DA GLICOSE NO SANGUE	119
RELAXANTES DO MÚSCULO ESQUELÉTICO	123
TRANSTORNO GENÉTICO OU ENZIMÁTICO: SUBSTITUIÇÃO, MODIFICADORES, TRATAMENTO	123

Legenda

\$0 (1): Medicamentos cobertos

\$0 (Não Parte D): Medicamentos cobertos pelo Mass Health

BvD: Parte B vs. Parte D – Este medicamento sob receita pode estar coberto pelo Medicare Parte B ou D, dependendo das circunstâncias.

HRM: Medicamento de alto risco (necessario PA).

LA: Acesso limitado – Este medicamento sob receita esta limitado a determinadas farmacias.

MO: Elegível para pedido por correio - Esta receita está disponível para envio por correio.

OTC: Medicamento de venda livre coberto pelo Mass Health

PA1: Autorização prévia - Você (ou seu médico) deve obter autorização prévia antes de utilizar sua receita para este medicamento. Sem aprovação prévia, podemos não cobrir o medicamento.

PA2: Autorização prévia (apenas para tratamentos novos) - Você (ou seu médico) deve obter autorização prévia antes de utilizar sua receita para este medicamento, salvo se você já fizer uso dele. Se você possui histórico de uso deste medicamento, não será necessária autorização prévia.

QL: Limite de quantidade – Existe um limite sobre a quantidade deste medicamento coberta por esta receita, ou dentro de período específico.

ST1: Tratamento escalonado - Em alguns casos, você pode ser solicitado a experimentar, primeiramente, determinados medicamentos para tratar a sua condição clínica antes de cobrirmos outro medicamento para tal condição.

ST2: Tratamento escalonado (apenas para tratamentos novos) - Em alguns casos, você pode ser solicitado a experimentar, primeiramente, determinados medicamentos para tratar a sua condição clínica antes de cobrirmos outro medicamento para tal condição, salvo se já fizer uso do medicamento. Se você possui histórico de uso deste medicamento, não será necessário experimentar outros medicamentos antes.

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (Lista de medicamentos abrangidos)

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES ANTIENXAQUECA		
AGONISTAS DO RECEPTOR (5-HT) 1B/1D DA SEROTONINA		
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (8 ML per 30 days)
ALCALOIDES DO ERGOT		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (24 ML per 28 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (1)	QL (40 EA per 28 days)
AGENTES ANTIGOTOSOS		
AGENTES ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	ST1; MO
AGENTES ANTI-INFLAMATÓRIOS		
MEDICAMENTOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destatabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %, 3 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ibuprofen oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
PARASSIMPATICOMIMÉTICO		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES ANTI-PARKINSON		
AGENTES ANTI-PARKINSON, OUTROS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG, 68.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	\$0 (1)	ST1; MO
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
AGONISTAS DA DOPAMINA		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	\$0 (1)	PA1; LA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (1)	ST1; MO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTICOLINÉRGICO		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
INIBIDORES DA OXIDASE MONOAMINA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES AURICULARES		
AGENTES AURICULARES		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (1)	
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
AGENTES BIPOLARES		
ESTABILIZADORES DO HUMOR		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 6-25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 6-50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES CARDIOVASCULARES		
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES BLOQUEADORES DA CANALIZAÇÃO DE CÁLCIO		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (1)	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, OUTROS		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	\$0 (1)	MO
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	\$0 (1)	PA1; LA
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (255 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0 (1)	PA1
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA1; LA
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1000 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; MO
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clonidine hcl transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (1)	MO
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANTAGONISTAS DO RECEPTOR DA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>eprosartan mesylate oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
COMBINAÇÕES ANTI-HIPERTENSIVAS		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methylodopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet 40-5 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG, 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDÊMICOS, DERIVATIVOS DE ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDÊMICOS, INIBIDORES DA REDUTASE HMG COA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	ST1; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDÊMICOS, OUTROS		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (1)	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO; QL (4 ML per 28 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (1)	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
DIURÉTICOS, INIBIDORES DA ANIDRASE CARBÔNICA		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS, LOOP		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0 (1)	BvD
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS, POUPADORES DO POTÁSSIO		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS, TIAZIDA		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML	\$0 (1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
INIBIDOR DA ENZIMA DE CONVERSÃO DA ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
VASODILATADORES, AÇÃO DIRETA ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
VASODILADORES, AÇÃO DIRETA ARTERIAL/VENOSA		
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (1)	MO
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	\$0 (1)	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (1)	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (1)	MO
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG	\$0 (1)	MO
AGENTES CONTRA A DEMÊNCIA		
ANTAGONISTA DO RECEPTOR N-METIL D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 5 (28)-10 (21) mg</i>	\$0 (1)	QL (49 EA per 28 days)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 365 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
INIBIDORES DE COLINESTERASE		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL		
AMINOSSALICILATOS		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM	\$0 (1)	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (1)	
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 1.2 GM	\$0 (1)	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES DA DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA		
AGENTES DA DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (3.7 ML per 30 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML	\$0 (1)	PA1; MO; QL (2.4 ML per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT	\$0 (1)	MO
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	MO
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1)	ST1
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (1)	MO
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (1)	BvD; MO; QL (60 EA per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0 (1)	PA1; MO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (1)	PA1; QL (1.7 ML per 28 days)
AGENTES DE TRATAMENTO CONTRA O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS/DEPENDÊNCIA QUÍMICA		
AGENTES PARA PARAR DE FUMAR		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (1)	QL (2688 EA per 365 days)
ANTAGONISTAS OPIÓIDES		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (1)	
IMPEDITIVOS DO ÁLCOOL/ANTIABSTINÊNCIA		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
TRATAMENTO CONTRA A DEPENDÊNCIA DE OPIÓIDES		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	PA1
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (1)	PA1
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	\$0 (1)	
AGENTES DENTAIS E ORAIS		
AGENTES DENTAIS E ORAIS		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (1)	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	PA1
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0 (1)	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0 (1)	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	\$0 (1)	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 %	\$0 (1)	ST2
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (1)	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (1)	
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
ELIDEL EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (1)	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream 1-1 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	\$0 (1)	
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %, 0.05 %	\$0 (1)	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
PROCTO-MED HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	PA1
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (1)	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (1)	PA1
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA1
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACT	\$0 (1)	

AGENTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

AGENTES DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AVONEX INTRAMUSCULAR KIT 30 MCG	\$0 (1)	PA1; MO
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1)	PA1; MO
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	\$0 (1)	PA1
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES DA FIBROMIALGIA		
LYRICA ORAL CAPSULE 150 MG, 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	\$0 (1)	QL (110 EA per 365 days)
AGENTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 27 mg, 54 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
AGENTES DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE, AMFETAMINAS		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
SISTEMA NERVOSO CENTRAL, OUTROS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA1; MO
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES DO TRATO RESPIRATÓRIO		
AGENTES DE FIBROSE PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	\$0 (1)	PA1; MO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AGENTES DO TRATO RESPIRATÓRIO, OUTROS		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (240 ML per 25 days)
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ORKAMBI ORAL TABLET 200-125 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (1)	PA1; LA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH	\$0 (1)	ST1; MO; QL (60 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA
AGENTES NASAIS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 25 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (1)	QL (16 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 ML per 30 days)
ANTI-HIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE 32 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	\$0 (1)	PA1; LA
ANTI-HISTAMINA		
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANTI-INFLAMATÓRIOS, CORTICOSTERÓIDES INALADOS		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ARNUIITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX 120 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX 30 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/INH, 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX 60 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (26 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 ML per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (21.2 GM per 30 days)
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICO		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (252 ML per 25 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 30 days)
BRONCODILATADORES, INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE (XANTINA)		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
BRONCODILATORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (525 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (375 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 20 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (540 ML per 30 days)
<i>metaproterenol sulfate oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (17 GM per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES DOS DISTÚRBIOS DO SONO		
BENZODIAZEPINA		
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
DISTÚRBIOS DO SONO, OUTROS		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
BUTISOL SODIUM ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA
MODULADORES DO RECEPTOR GABA		
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual 1.75 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES GASTROINTESTINAIS		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES GASTROINTESTINAIS, OUTROS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT	\$0 (1)	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (1)	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0 (1)	MO
AGENTES PROTETORES		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	\$0 (1)	MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
ANTAGONISTAS DO RECEPTOR DA HISTAMINA 2 (H2)		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral syrup 75 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIESPASMÓDICO, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	
INIBIDOR DA BOMBA DE PROTÕES		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0 (1)	ST1; MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO
<i>esomeprazole strontium oral capsule delayed release 49.3 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lansoprazole oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
LAXANTES		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML	\$0 (1)	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (1)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM	\$0 (1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	\$0 (1)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (1)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	\$0 (1)	
PREPOPIK ORAL PACKET 10-3.5-12 MG-GM-GM	\$0 (1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (1)	
TRILYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (1)	
AGENTES GENITURINÁRIOS		
AGENTES DE PRÓSTATA AUMENTADA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES GENITURINÁRIOS, OUTROS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1)	LA; MO
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
ANTIESPASMÓDICO, URINÁRIO		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
PRODUTOS VAGINAIS		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (1)	MO
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (1)	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 (1)	
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (1)	
QUELANTE DE FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	\$0 (1)	PA1; MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	MO
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (1)	MO
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/ SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (ADRENAL)		
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/ SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (ADRENAL)		
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (1)	MO
GLICOCORTICOIDE/MINERALOCORTICOIDE		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (1)	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (1)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (1)	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (1)	
AGENTES HORMONAIS, ESTIMULANTES/ SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (HORMÔNIOS SEXUAIS/MODIFICADORES)		
AGENTES MODIFICADORES DO RECEPTOR DE ESTROGÊNIO SELETIVO		
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (1)	PA2; MO
ANDROGÊNICOS		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	\$0 (1)	PA2; MO
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/1.25GM (1.62%), 40.5 MG/2.5GM (1.62%)	\$0 (1)	PA2; MO
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (1)	PA2; MO
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	\$0 (1)	PA2; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destatabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
CONTRACEPTIVOS		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
AMETHIA LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (1)	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (1)	MO
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (1)	MO
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	\$0 (1)	MO
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ENPRESSE-28 ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (1)	MO
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (1)	MO
KIMIDESS ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LEVONEST ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	\$0 (1)	MO
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1 ML per 90 days)
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MONONESSA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (1)	MO
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<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 (1)	MO
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
OGESTREL ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	\$0 (1)	MO
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ESTEROIDE ANABOLIZANTE		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; QL (60 EA per 30 days)
ESTROGÊNIO		
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1 MG/GM	\$0 (1)	PA2; MO; HRM

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%)	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estropipate oral tablet 0.75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
PROGESTINA		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	\$0 (1)	BvD
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2; HRM
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	PA2; HRM
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	MO
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
AGENTES HORMONAIIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (PITUITÁRIA)		
AGENTES HORMONAIIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (PITUITÁRIA)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (1)	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES HORMONAIIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (TIROIDE)		
AGENTES HORMONAIIS, ESTIMULANTES/SUBSTITUIÇÃO/MODIFICAÇÃO (TIROIDE)		
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 (1)	MO
<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 (1)	MO
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 (1)	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
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 (1)	MO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)	MO
AGENTES HORMONAIS, SUPRESSORES (PITUITÁRIA)		
AGENTES HORMONAIS, SUPRESSORES (PITUITÁRIA)		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (1)	PA2
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (1)	PA1
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	\$0 (1)	PA2
AGENTES HORMONAIS, SUPRESSORES (TIROIDE)		
AGENTES ANTI-TIROIDE		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
IMUNOMODULADORES		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (1)	LA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
CARIMUNE NF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	\$0 (1)	PA1
COSENTYX 300 DOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
COSENTYX SENSOREADY 300 DOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0 (1)	BvD
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	\$0 (1)	BvD
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (1)	BvD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (1)	BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.8ML (6 PACK), 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	\$0 (1)	PA1; MO
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG	\$0 (1)	PA1; MO
IMUNOSSUPRESSORES		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	\$0 (1)	BvD; MO
AZASAN ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	\$0 (1)	BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
CIMZIA PREFILLED SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	\$0 (1)	PA1
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1)	BvD; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	BvD; MO
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	\$0 (1)	PA1; MO
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	\$0 (1)	PA2; MO
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	\$0 (1)	PA2; MO
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	BvD; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	BvD
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	BvD
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 (1)	PA2; MO
VACINAS		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	\$0 (1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0 (1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-23-5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml</i>	\$0 (1)	BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	BvD
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML	\$0 (1)	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0 (1)	BvD
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (1)	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0 (1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	\$0 (1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG	\$0 (1)	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0 (1)	BvD
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension 2-2 lf/0.5ml</i>	\$0 (1)	BvD
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20	\$0 (1)	BvD
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0 (1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (1)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (1)	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML	\$0 (1)	PA1
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	\$0 (1)	
AGENTES OFTÁLMICOS		
AGENTES ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0 (1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (1)	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 (1)	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	\$0 (1)	
AGENTES ANTIGLAUCOMA OFTÁLMICOS		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (1)	MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	\$0 (1)	MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (1)	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>metipranolol ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %	\$0 (1)	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (1)	MO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES OFTÁLMICOS, OUTROS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	MO
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (1)	PA1; MO
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ANÁLOGOS DA PROSTAGLANDINA E PROSTAMIDA OFTÁLMICOS		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
ANTI-INFECCIOSOS OFTÁLMICOS		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
ANTI-INFLAMATÓRIOS OFTÁLMICOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (1)	
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 %	\$0 (1)	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0 (1)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (1)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (1)	

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIÓIDES, CURTA DURAÇÃO

<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr</i>	\$0 (1)	PA1
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (1)	PA1
<i>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANALGÉSICOS OPIÓIDES, LONGA DURAÇÃO		
ABSTRAL SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 100 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (1)	PA1
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg</i>	\$0 (1)	
BUPAP ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl injection solution 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCAIS		
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (1)	PA1; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external gel 2 %</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OUTROS		
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
BENZODIAZEPINA		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	\$0 (1)	QL (720 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 EA per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (600 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (600 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
ANTIBACTERIANO		
AMINOGLICOSÍDEOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD
<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-%</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (1)	PA1
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ANTIBACTERIANO, OUTROS		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (1)	PA1
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	PA1
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
MONUROL ORAL PACKET 3 GM	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 365 days)
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1)	MO; QL (84 EA per 28 days)
ANTIBIÓTICO BETALACTÂMICO, CEFALOSPORINA		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 2 gm, 6 gm</i>	\$0 (1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	BvD
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM	\$0 (1)	BvD
ANTIBIÓTICO BETALACTÂMICO, OUTROS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0 (1)	BvD
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	BvD
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (1)	PA1; LA
<i>doripenem intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (1)	BvD
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
ANTIBIÓTICO BETALACTÂMICO, PENICILINA		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (1)	BvD
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	\$0 (1)	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	\$0 (1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (1)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	\$0 (1)	BvD
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (1)	BvD
MACRÓLIDO		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	ST1; QL (20 EA per 10 days)
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 200 MG/5ML	\$0 (1)	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 400 MG/5ML	\$0 (1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG	\$0 (1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (1)	BvD
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
QUINOLONA		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)</i>	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er oral tablet extended release 24 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
SULFONAMIDA		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (1)	
TETRACICLINA		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	

ANTICONVULSIVOS

AGENTES DE CANALIZAÇÃO DO SÓDIO

APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (2400 ML per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	MO
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	MO
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
AGENTES DE INDUÇÃO DO ÁCIDO GAMA-AMINOBUTÍRICO (GABA)		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	MO
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	MO
SABRIL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	PA2; LA; MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; QL (180 EA per 30 days)
AGENTES DE MODIFICAÇÃO DA CANALIZAÇÃO DO CÁLCIO		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (1)	MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES REDUTORES DO GLUTAMATO		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	\$0 (1)	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	\$0 (1)	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	\$0 (1)	
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
ANTICONVULSIVOS, OUTROS		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA2; MO
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2; MO
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (720 ML per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
ROWEEPRA ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO
ROWEEPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<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 (1)	PA2; MO; HRM
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
BENZODIAZEPINA		
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG	\$0 (1)	
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ANTIDEPRESSIVOS		
ANTIDEPRESSIVOS, OUTROS		

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 45 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
INIBIDOR DA MONOAMINA OXIDASE		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (1)	PA2; MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
INIBIDOR SELETIVO DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA E DA NORADRENALINA		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0 (1)	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
ANTIEMÉTICO		
ANTIEMÉTICO, OUTROS		
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (1)	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (1)	
SUPLEMENTOS DA TERAPIA EMETOGÊNICA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (8 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (12 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (1)	BvD; QL (450 ML per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (30 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG	\$0 (1)	BvD; QL (8 EA per 30 days)
ANTIFÚNGICOS		
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1)	BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (1)	BvD
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	BvD
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (1)	
<i>ketconazole external cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>ketconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>ketconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	BvD
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (1)	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG	\$0 (1)	PA1; MO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (1)	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (1)	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (1)	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OUTROS		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (1)	
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0 (1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	\$0 (1)	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA2
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA2
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
AGENTES ANTIANGIOGÊNICOS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2; LA

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
ANTIMETABÓLITOS		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (1)	LA
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA2
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA2; LA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA2; LA
FARESTON ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA2; MO
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA2
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0 (1)	
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA2; LA
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	PA2
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA2; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (1)	PA2; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA2; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2; LA
KISQALI 200 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
KISQALI 400 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
KISQALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI FEMARA 400 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI FEMARA 600 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 (2) MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) & 4 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG	\$0 (1)	PA2
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (1)	PA2
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA2; LA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (1)	PA2
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA2; LA

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (1)	PA2; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA2
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA2; LA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA2; LA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA2; LA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA2
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (1)	PA2
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA2
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2
TOLAK EXTERNAL CREAM 4 %	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA2
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (1)	PA2
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA2
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	PA2
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA2
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA2
INIBIDORES DA AROMATASE, TERCEIRA GERAÇÃO		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIPARASÍTICOS		
ANTI-HELMÍNTICO		
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (1)	
ANTIPROTOZOÁRIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (1)	BvD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (1)	BvD
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>	\$0 (1)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (1)	
PEDICULICIDAS / ESCABICIDAS		
<i>lindane external shampoo 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (1)	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMEIRA GERAÇÃO/TÍPICO		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)</i>	\$0 (1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	ST2
SEGUNDA GERAÇÃO/ ATÍPICO		
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	ST2; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (1)	ST2; QL (16 EA per 365 days)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG	\$0 (1)	ST2
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (1)	
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.625ML	\$0 (1)	MO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG	\$0 (1)	PA2; LA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (240 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (120 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (1)	ST2
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (1)	ST2
ANTIVIRAIS		
AGENTES ANTI-CITOMEGALOVÍRUS (CMV)		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (1)	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (1)	
AGENTES ANTIGRIPAIS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (1)	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0 (1)	QL (112 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES ANTI-HEPATITE C (HCV), ATUAÇÃO DIRETA		
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (1)	PA1
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (1)	PA1
AGENTES ANTI-HEPATITE C (HCV), OUTROS		
MODERIBA 1200 DOSE PACK ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	
MODERIBA 800 DOSE PACK ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	
MODERIBA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	\$0 (1)	PA1
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE RIBAPAK ORAL TABLET 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE RIBAPAK ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 400 MG, 400 & 600 MG	\$0 (1)	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	\$0 (1)	PA2; MO
AGENTES ANTI-HEPATITE C (HCV)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA2; MO
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (1)	PA2; MO
AGENTES ANTI-HEPATITE		
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (1)	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES ANTI-HERPÉTICOS		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES ANTI-HIV, INIBIDORES DA PROTEASE		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (1800 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (400 ML per 30 days)
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (480 ML per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-HIV, INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA DE NÃO-NUCLEOSÍDEO		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIRAMUNE ORAL SUSPENSION 50 MG/5ML	\$0 (1)	MO; QL (1200 ML per 30 days)
AGENTES ANTI-HIV, INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA DE NUCLEOSÍDEO E NUCLEOTÍDEO		
<i>abacavir sulfata oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfata oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfata-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (720 ML per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM	\$0 (1)	MO; QL (1200 ML per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (1)	MO; QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (2480 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (1680 ML per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-HIV, OUTROS		
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (360 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (1800 ML per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
COBERTURA ESTENDIDA		
NÃO FRF		
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIVERSOS		
DIVERSOS		
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (1)	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
ELETRÓLITOS/MINERAIS/METAIS/VITAMINAS		
MODIFICADORES DE ELETRÓLITOS/MINERAIS/METAIS		
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	LA; MO
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	LA; MO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (1)	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA1
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (1)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	PA1
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (1)	
NUTRIENTES		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 8.5 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %, 8.5 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 7 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (1)	BvD
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (1)	BvD
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	\$0 (1)	BvD
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0 (1)	BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (1)	BvD
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %	\$0 (1)	BvD
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>	\$0 (1)	BvD
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (1)	BvD
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %	\$0 (1)	BvD
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (1)	BvD
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (1)	BvD
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	BvD
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	BvD
SUBSTITUIÇÃO DE ELETRÓLITOS/MINERAIS		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 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-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (1)	BvD
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 10 MEQ, 8 MEQ	\$0 (1)	MO
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ, 8 MEQ	\$0 (1)	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (1)	
<i>sodium lactate intravenous solution 5 meq/ml</i>	\$0 (1)	BvD
EXPANSORES DE VOLUME/MODIFICADORES/PRODUTOS DO SANGUE		
AGENTES DE MODIFICAÇÃO DE PLAQUETAS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	MO; QL (74 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 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 (1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (1)	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML	\$0 (1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (1)	BvD
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (35 EA per 90 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (1)	QL (51 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
MODIFICADORES DA FORMULAÇÃO SANGUÍNEA		
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA1
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	\$0 (1)	PA1
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.3ML	\$0 (1)	PA1; LA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	\$0 (1)	PA1
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (1)	PA1
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA1
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 5 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (1)	PA1
MEDICAMENTOS ABRANGIDOS PELA MASS HEALTH		
NÃO PARTE D RX		
aerochamber mini chamber device	\$0 (Não Parte D)	
b-12 injection kit 1000 mcg/ml	\$0 (Não Parte D)	
cherry oral syrup	\$0 (Não Parte D)	
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	\$0 (Não Parte D)	
fe-succ ac-c-thre ac-b12-fa oral capsule 50-100 mg	\$0 (Não Parte D)	
folic acid oral tablet 1 mg	\$0 (Não Parte D)	

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
hydroxocobalamin intramuscular solution 1000 mcg/ml	\$0 (Não Parte D)	
nascobal nasal solution 500 mcg/0.1ml	\$0 (Não Parte D)	
ora-plus oral liquid	\$0 (Não Parte D)	
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	\$0 (Não Parte D)	
reno caps oral capsule 1 mg	\$0 (Não Parte D)	
simple syrup oral syrup	\$0 (Não Parte D)	
sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %	\$0 (Não Parte D)	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit	\$0 (Não Parte D)	
VENDA LIVRE		
12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
a-10000 oral capsule 10000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
acetaminophen oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
acidophilus oral capsule	\$0 (Não Parte D)	OTC
acidophilus probiotic oral tablet	\$0 (Não Parte D)	OTC
alaway ophthalmic solution 0.025 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
aler-cap oral capsule 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
alertab oral tablet 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
all day pain relief oral tablet 220 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
allergy multi-symptom night oral tablet 25-5-325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
aminofen oral tablet 325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
antiseptic external solution 10 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
artificial tears ophthalmic solution 1-0.3 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
aspir-81 oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
b complex vitamins oral capsule	\$0 (Não Parte D)	OTC
b-1 high potency oral tablet 100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
b-12 microlozenge sublingual tablet sublingual 500 mcg	\$0 (Não Parte D)	OTC
b2 oral tablet 100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
b-50 complex oral tablet extended release	\$0 (Não Parte D)	OTC
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
bismuth oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
c 500 oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcidol oral solution 8000 unit/ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcionate oral syrup 1.8 gm/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcitrate oral tablet 950 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium 600+d oral tablet 600-400 mg-unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium acetate oral tablet 668 (169 ca) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium gluconate intravenous solution 10 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium lactate oral tablet 648 mg, 750 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
calcium oral tablet 600 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cal-lac oral capsule 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
calphron oral tablet 667 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
capsaicin external cream 0.1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens aspirin free oral elixir 80 mg/2.5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens ibuprofen oral suspension 40 mg/ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens pain reliever oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
cimetidine 200 oral tablet 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
coral calcium oral capsule 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
coral calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cranberry oral tablet 400 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs allergy relief oral capsule 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs digestive probiotic oral capsule 250 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs loperamide hcl oral suspension 1 mg/7.5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs nts step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs omeprazole oral capsule delayed release 20.6 (20 base) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
cvs ranitidine oral tablet 75 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
d3 maximum strength oral liquid 5000 unit/ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
d-3-5 oral capsule 5000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
d-400 oral tablet 400 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
daily multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Não Parte D)	OTC
dandrex external shampoo 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
decongestant 60 oral tablet 60 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
desitin clear external ointment	\$0 (Não Parte D)	OTC
docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
docusate sodium oral capsule 250 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
dormin oral capsule 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
dss oral capsule 100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
eq ranitidine oral tablet 75 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq acetaminophen oral tablet dispersible 80 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq aller-ease oral tablet 180 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq ear drops otic solution 6.5 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum 4 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
famotidine oral tablet 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ferrogels forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
flonase sensimist nasal suspension 27.5 mcg/spray	\$0 (Não Parte D)	OTC
glycerin (pediatric) rectal suppository 1.2 gm	\$0 (Não Parte D)	OTC
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
gnp antacid ultra strength oral tablet chewable 1000 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
goodsense naproxen sodium oral tablet 220 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
heartburn antacid ex st oral tablet chewable 160-105 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
hydrocortisone external cream 0.5 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
hydrogen peroxide external solution 3 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
ibu oral tablet 400 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
infants gas relief oral suspension 40 mg/0.6ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
isopropyl alcohol solution 91 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
i-vite oral tablet	\$0 (Não Parte D)	OTC
johnsons diaper rash medicated external ointment 40 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
just tears eye drops ophthalmic solution	\$0 (Não Parte D)	OTC
kaolin powder	\$0 (Não Parte D)	OTC
ketostix in vitro strip	\$0 (Não Parte D)	OTC
lac-dose oral tablet 3000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
lactic acid e external cream 10-3500 % -unt/30gm	\$0 (Não Parte D)	OTC
lactinex oral tablet chewable	\$0 (Não Parte D)	OTC
lanabiotic external ointment 5-500-10000	\$0 (Não Parte D)	OTC
lice treatment max st combination kit 0.33-4-0.5 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
lidocream external cream 4 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
long lasting antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
loperamide hcl oral liquid 1 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
loradamed oral tablet 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
lotrimin af deodorant powder external aerosol powder 2 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
maalox max oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 400 mg, 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
magnesium-chelated zinc oral tablet 133.33-5 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
magnesium-oxide oral tablet 400 (241.3 mg) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
maox oral tablet 420 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
mapap acetaminophen extra str oral liquid 500 mg/15ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer aspirin free oral tablet 325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer calamine external lotion	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer glucose oral tablet chewable 4-6 gm-mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer saline nasal spray nasal solution 0.65 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
meijer triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Não Parte D)	OTC
melatonin oral tablet 1 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
melatonin oral tablet dispersible 3 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
miconazole 3 vaginal cream 4 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 400 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
minerin external cream	\$0 (Não Parte D)	OTC
minerin external lotion	\$0 (Não Parte D)	OTC
multi vitamin oral tablet	\$0 (Não Parte D)	OTC
muscle rub ultra strength external cream 8-30 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
naphazoline hcl ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
naproxen sodium oral tablet 220 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
nasal allergy 24 hour nasal aerosol 55 mcg/act	\$0 (Não Parte D)	OTC
natural oatmeal bath treatment external packet 100 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
nexium 24hr oral tablet delayed release 20 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
niacin er oral capsule extended release 250 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
no flush niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
non-aspirin extra strength oral capsule 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
opurity vitamin d oral tablet chewable 5000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
orazinc oral capsule 220 (50 zn) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
oysco 500+d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
oyster shell calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
oyster shell calcium/d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
oyster-cal 500 oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
pa vitamin d-3 gummy oral tablet chewable 400 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
pa vitamin d-3 oral capsule 2000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Não Parte D)	OTC
permethrin external lotion 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
phenazo oral tablet 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
psyllium husk oral powder 100 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc acid controller oral tablet 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc allergy relief childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc effervescent antacid/pain oral tablet effervescent 325-1000-1916 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
qc gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
qc tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra athletes foot external cream 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra b-complex with b-12 oral tablet	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra calcium 600 oral tablet 600 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-200 mg-unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra clotrimazole 7 vaginal cream 1 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra fiber-cap oral tablet 625 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra hi-cal plus vitamin d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra instant hand sanitizer/aloe external liquid 62 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra niacin oral tablet 100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra omeprazole-sodium bicarb oral capsule 20-1100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra sleep aid oral tablet 25 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra soluble fiber oral tablet 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
ra vitamin a & d external ointment	\$0 (Não Parte D)	OTC
refresh lacri-lube ophthalmic ointment	\$0 (Não Parte D)	OTC
salese/xylitol mouth/throat lozenge	\$0 (Não Parte D)	OTC
salicylic acid wart remover external liquid 27.5 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
senexon oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
senna-plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
silace oral liquid 150 mg/15ml	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
simethicone oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm calcium antacid ex st oral tablet chewable 750 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm clearlax oral powder	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm coral calcium oral tablet 1000 (390 ca) mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm ibuprofen oral capsule 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
sm mineral oil oral oil	\$0 (Não Parte D)	OTC
sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
sodium chloride oral tablet 1 gm	\$0 (Não Parte D)	OTC
stool softener oral tablet 100 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
sudafed 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
super omega-3 oral capsule 1000 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
th magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
the magic bullet rectal suppository 10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
titralac oral tablet chewable 420 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
trav-tabs oral tablet 50 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
triple antibiotic external ointment 5-400-5000	\$0 (Não Parte D)	OTC
value plus glucose oral gel 40 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
vcf vaginal contraceptive vaginal gel 4 %	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin a palmitate oral tablet 10000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin b6 oral tablet 250 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 1000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin d oral liquid 400 unit/ml	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin d3 oral capsule 1000 unit, 400 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin d3 oral tablet 1000 unit, 2000 unit, 5000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin d3 oral tablet chewable 2000 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
vitamin e oral capsule 100 unit, 200 unit, 400 unit	\$0 (Não Parte D)	OTC
wal-dryl allrgy/sinus headache oral tablet 12.5-5-325 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
wal-dryl-d allergy/sinus oral tablet 25-10 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC
wal-finate oral tablet 4 mg	\$0 (Não Parte D)	OTC

REGULADORES DA GLICOSE NO SANGUE

AGENTES ANTIDIABÉTICOS, FORNECIMENTO

ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (1)	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (1)	
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (1)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (1)	

AGENTES ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AVANDIA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>chlorpropamide oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destatabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes destabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE, 1 MG/DOSE	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	\$0 (1)	MO
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5ML	\$0 (1)	MO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (1)	MO
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	\$0 (1)	PA1; MO
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML	\$0 (1)	MO
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizac ao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (1)	MO
AGENTES GLICÊMICOS		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	\$0 (1)	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	\$0 (1)	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	MO
INSULINA		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
RELAXANTES DO MÚSCULO ESQUELÉTICO		
RELAXANTES DO MÚSCULO ESQUELÉTICO		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	
TRANSTORNO GENÉTICO OU ENZIMÁTICO: SUBSTITUIÇÃO, MODIFICADORES, TRATAMENTO		
SUBSTITUIÇÃO/MODIFICADORES ENZIMÁTICOS		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0 (1)	MO
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (1)	PA1; LA

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviaco es desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Nome Do Medicamento	Categoriado Medicamento (Nivel)	Requisitos/Limitacoes
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1; LA; MO; QL (90 EA per 30 days)
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	LA; MO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	\$0 (1)	LA; MO
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	\$0 (1)	LA; MO
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM	\$0 (1)	PA1; MO

Voce pode encontrar informacoes sobre o significado dos simbolos e abreviacoes desta tabela na pagina 15 da introducao. ID do formulario: 19479, Ver. 7 Ultima atualizacao 11/12/2018 Data de entrada em vigor: 01/01/2019

Indice de Medicamentos/Ordem Alfabetica

1		
12 hour allergy-d.....	110	
A		
a-10000	110	
abacavir sulfate.....	101	
abacavir sulfate-lamivudine	101	
abacavir-lamivudine- zidovudine.....	101	
ABELCET	86	
ABILIFY MAINTENA	95	
ABSTRAL	68	
acamprosate calcium	32	
acarbose	119	
acebutolol hcl	20	
acetaminophen	110	
acetaminophen-codeine ...	68	
acetaminophen-codeine #3	68	
acetazolamide.....	28	
acetazolamide er	28	
acetic acid.....	19	
acetylcysteine	42	
acidophilus.....	110	
acidophilus probiotic	110	
acitretin	33	
ACTEMRA	58	
ACTHIB.....	62	
ACTIMMUNE	59	
acyclovir.....	99	
acyclovir sodium	99	
ADACEL	62	
adapalene	33	
adefovir dipivoxil	98	
ADEMPAS	41	
ADVAIR DISKUS.....	40	
ADVAIR HFA.....	40	
aerochamber mini chamber	109	
AFINITOR	89	
AFINITOR DISPERZ	89	
alaway.....	110	
ALBENZA.....	93	
albuterol sulfate.....	43	
albuterol sulfate er	43	
alclometasone dipropionate	33	
ALECENSA.....	89	
alendronate sodium.....	31	
aler-cap	110	
alertab.....	110	
alfuzosin hcl er.....	47	
ALINIA	93, 94	
all day pain relief.....	110	
allergy multi-symptom night	110	
allopurinol	16	
alosetron hcl	45	
ALPHAGAN P.....	64	
alprazolam	70	
ALTAVERA.....	51	
ALUNBRIG	89	
alyacen 1/35.....	51	
amantadine hcl	18	
AMBISOME.....	86	
amcinonide.....	33	
AMETHIA LO	51	
amikacin sulfate	71	
amiloride hcl.....	28	
amiloride-hydrochlorothiazide	24	
aminofen	110	
AMINOSYN II.....	104	
AMINOSYN II/ELECTROLYTES.....	104	
AMINOSYN/ELECTROLYTES	104	
AMINOSYN-HBC	104	
AMINOSYN-PF	104	
AMINOSYN-RF	104	
amiodarone hcl.....	24	
AMITIZA.....	45	
amitriptyline hcl	84	
amlodipine besy-benazepril hcl.....	24	
amlodipine besylate	21	
amlodipine besylate-valsartan	24	
amlodipine-atorvastatin ...	22	
amlodipine-olmesartan	24	
amlodipine-valsartan-hctz	24	
ammonium lactate	33	
AMNESTEEM.....	33	
amoxapine	84	
amoxicillin	74, 75	
amoxicillin-pot clavulanate	75	
amphetamine- dextroamphetamine.....	39	
amphotericin b	86	
ampicillin.....	75	
ampicillin sodium	75	
ampicillin-sulbactam sodium	75	
AMPYRA	38	
ANADROL-50	55	
anagrelide hcl.....	107	
anastrozole.....	93	
ANDROGEL	50	
ANDROGEL PUMP	50	
ANORO ELLIPTA.....	40	
antacid	110	
anti-diarrheal.....	110	
antiseptic	110	
antiseptic skin cleanser .	110	
APOKYN	19	
apraclonidine hcl	64	
aprepitant	85, 86	
APRI	51	
APRISO	31	
APTIOM.....	78	
APTIVUS.....	99	
ARANELLE.....	51	
ARCALYST	59	
aripiprazole	95, 96	
armodafinil.....	44	
ARNUITY ELLIPTA.....	42	
artificial tears	110	
ASMANEX 120 METERED DOSES	42	
ASMANEX 30 METERED DOSES	42	
ASMANEX 60 METERED DOSES	42	
ASMANEX HFA	42	
aspir-81	110	
aspirin	111	
aspirin-dipyridamole er ..	108	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	119	
ASTAGRAF XL	60	
atazanavir sulfate	99	
atenolol	20	
atenolol-chlorthalidone ...	24	
atomoxetine hcl	38	

atorvastatin calcium	26	betamethasone dipropionate	34	butalbital-apap-caff-cod... 68	
atovaquone	94	betamethasone dipropionate	34	butalbital-apap-caffeine ... 68	
atovaquone-proguanil hcl .	94	betamethasone dipropionate	34	butalbital-asa-caff-codeine 69	
ATRIPLA	100	betamethasone valerate ...	34	BUTISOL SODIUM	44
atropine sulfate	65	BETASERON	38	butorphanol tartrate.....	69
AUBAGIO	38	betaxolol hcl	20, 64	BYSTOLIC	20
AUBRA	51	bethanechol chloride.....	48	C	
AURYXIA.....	49	bexarotene	89	c 500	111
AUSTEDO	39	BEXSERO	62	cabergoline	57
AVANDIA.....	119	bicalutamide	89	CABOMETYX	89
AVIANE	51	BICILLIN C-R.....	75	calcidol	111
AVONEX.....	38	BICILLIN C-R 900/300 ...	75	calcionate	111
AVONEX PEN.....	38	BICILLIN L-A	75	calcipotriene.....	34
AVONEX PREFILLED	38	BIKTARVY	102	calcitonin (salmon).....	31
AZACTAM.....	74	bimatoprost.....	65	calcitrate.....	111
AZASAN	60	bisacodyl ec	111	calcitriol	31, 34
azathioprine.....	60	bismuth.....	111	calcium	111
azelastine hcl.....	41, 64	bisoprolol fumarate	20	calcium 600+d	111
azithromycin	76	bisoprolol-		calcium acetate	111
AZOPT	64	hydrochlorothiazide.....	24	calcium acetate (phos	
aztreonam	74	BLEPHAMIDE	66	binder)	49
B		BLEPHAMIDE S.O.P.	66	calcium carbonate antacid	
b complex vitamins.....	111	BLISOVI 24 FE.....	51	.....	111
b-1 high potency	111	BLISOVI FE 1.5/30.....	51	calcium gluconate.....	111
b-12	109	BLISOVI FE 1/20.....	51	calcium lactate	111
b-12 microlozenge.....	111	BOOSTRIX	62	cal-lac	111
b2	111	BOSULIF	89	calphron	111
b-50 complex	111	BREO ELLIPTA	40	CALQUENCE	89
bacitracin	65	briellyn.....	51	CAMILA	56
bacitracin-polymyxin b	65	BRILINTA.....	108	CAMRESE LO	51
bacitra-neomycin-polymyxin-		brimonidine tartrate	64	candesartan cilexetil.....	23
hc	66	BRIVIACT	80	candesartan cilexetil-hctz.	25
baclofen.....	123	bromocriptine mesylate ...	19	CAPRELSA.....	89
balsalazide disodium	31	BROMSITE	66	capsaicin	111
BALZIVA	51	budesonide	42, 49	captopril	29
BANZEL	78	budesonide er	49	captopril-hydrochlorothiazide	
BARACLUDGE	99	bumetanide.....	28	.....	25
bcg vaccine	62	BUPAP.....	68	CARAFATE	45
BELSOMRA	44	buprenorphine.....	67	CARBAGLU	123
benazepril hcl	28	buprenorphine hcl	33	carbamazepine	80, 81
benazepril-		buprenorphine hcl-naloxone		carbamazepine er	80
hydrochlorothiazide	24	hcl.....	33	carbidopa-levodopa	18
BENLYSTA	60	bupropion hcl.....	82	carbidopa-levodopa er.....	18
benznidazole.....	94	bupropion hcl er (smoking		carbidopa-levodopa-	
benzoyl peroxide-		det)	32	entacapone	18
erythromycin.....	34	bupropion hcl er (sr)	82	carbinoxamine maleate ...	41
benztropine mesylate	19	bupropion hcl er (xl).....	82	CARIMUNE NF	59
BEPREVE	64	bupirone hcl	70	carisoprodol.....	123
BESIVANCE	65	butalbital-acetaminophen .	68	carteolol hcl	64
				CARTIA XT	21

carvedilol	20	CIMZIA.....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	105
caspofungin acetate.....	86	CIMZIA PREFILLED	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	105
CAYSTON	74	CINRYZE	22	CLINISOL SF	105
CAZANT	51	CIPRODEX	19	clobetasol prop emollient	
cefaclor	73	ciprofloxacin	77	base	34
cefadroxil	73	ciprofloxacin hcl .. 19, 66, 77		clobetasol propionate. 34, 35	
cefazolin sodium	73	ciprofloxacin in d5w.....	77	clobetasol propionate e ... 34	
cefdinir	73	ciprofloxacin-ciprofloxx hcl er	77	clomipramine hcl	84
cefepime hcl.....	73	.....	77	clonazepam	70
cefoxitin sodium.....	73	citalopram hydrobromide .82,		clonidine hcl	23
cefpodoxime proxetil.....	73	83		clonidine hcl er.....	39
cefprozil.....	73	CLARAVIS.....	34	clopidogrel bisulfate.....	108
ceftazidime.....	73	clarithromycin	76	clorazepate dipotassium.. 70,	71
ceftriaxone sodium	73	clarithromycin er	76	clotrimazole.....	86
cefuroxime axetil	74	CLENPIQ	46	clotrimazole-betamethasone	
cefuroxime sodium	74	clindamycin hcl.....	72	.....	35
celecoxib.....	16	clindamycin palmitate hcl.72		clozapine	94
CELONTIN	79	clindamycin phosphate....34,		COARTEM.....	94
cephalexin.....	74	48, 72		codeine sulfate	69
cetirizine hcl.....	41	clindamycin phosphate in		colchicine	16
cevimeline hcl	33	d5w	72	colchicine-probenecid.....	16
CHANTIX.....	32	CLINIMIX E/DEXTROSE		colesevelam hcl	27
CHANTIX CONTINUING		(2.75/10)	104	colestipol hcl	27
MONTH PAK	32	CLINIMIX E/DEXTROSE		colistimethate sodium (cba)	
CHANTIX STARTING MONTH		(2.75/5)	104	.....	72
PAK.....	32	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMBIGAN	65
cherry	109	(4.25/10)	104	COMBIVENT RESPIMAT .. 43	
childrens allergy.....	111	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMETRIQ (100 MG DAILY	
childrens aspirin	111	(4.25/25)	104	DOSE)	89
childrens aspirin free	111	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMETRIQ (140 MG DAILY	
childrens ibuprofen.....	111	(4.25/5)	104	DOSE)	89
childrens pain reliever....	111	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMETRIQ (60 MG DAILY	
childrens silapap.....	111	(5/15)	104	DOSE)	90
chlordiazepoxide hcl	70	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMFORT ASSIST INSULIN	
chlordiazepoxide-		(5/20)	104	SYRINGE	119
amitriptyline.....	84	CLINIMIX E/DEXTROSE		COMPLERA.....	100
chlorhexidine gluconate ...	33	(5/25)	105	COMPRO.....	85
chloroquine phosphate.....	94	CLINIMIX/DEXTROSE		CONDYLOX	35
chlorothiazide	28	(2.75/5)	105	COPAXONE	38
chlorpromazine hcl	94	CLINIMIX/DEXTROSE		coral calcium.....	112
chlorpropamide	119	(4.25/10)	105	CORLANOR.....	22
chlorthalidone.....	28	CLINIMIX/DEXTROSE		COSENTYX 300 DOSE.....	59
chlorzoxazone	123	(4.25/20)	105	COSENTYX SENSOREADY	
cholestyramine.....	27	CLINIMIX/DEXTROSE		300 DOSE	59
cholestyramine light	27	(4.25/25)	105	COTELLIC	90
ciclopirox	86	CLINIMIX/DEXTROSE		cranberry.....	112
ciclopirox olamine	86	(4.25/5)	105	CREON	45
cilostazol.....	108	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)			
CIMDUO	101	.....	105		
cimetidine 200	111				

CRIXIVAN.....	99	desmopressin ace spray refrig	.....	57	dipyridamole.....	108
cromolyn sodium.....	40, 64	desmopressin acetate.....	57	disopyramide phosphate ..	24	
CRYSELLE-28.....	51	desogestrel-ethinyl estradiol	.....	DIURIL.....	28	
cvs allergy relief.....	112	.....	51	divalproex sodium.....	79	
cvs childrens ibuprofen ..	112	desonide.....	35	divalproex sodium er.....	79	
cvs digestive probiotic....	112	desoximetasone.....	35	DIVIGEL.....	55	
cvs gauze sterile.....	103	desvenlafaxine er.....	83	docusate calcium.....	112	
cvs loperamide hcl.....	112	desvenlafaxine succinate er	.....	docusate sodium.....	112	
cvs nicotine polacrilex....	112	.....	83	dofetilide.....	24	
cvs nts step 1.....	112	dexamethasone.....	49	donepezil hcl.....	30	
cvs omeprazole.....	112	DEXAMETHASONE		doripenem.....	74	
cvs ranitidine.....	112	INTENSOL.....	49	dormin.....	112	
cyanocobalamin.....	109	dexamethasone sodium		dorzolamide hcl.....	65	
CYCLAFEM 1/35.....	51	phosphate.....	66	dorzolamide hcl-timolol mal	.....	65
CYCLAFEM 7/7/7.....	51	DEXILANT.....	46	.....	65	
cyclobenzaprine hcl.....	123	dexmethylphenidate hcl....	39	doxazosin mesylate.....	20	
cyclophosphamide.....	88	dextroamphetamine sulfate	.....	doxepin hcl.....	85	
CYCLOSET.....	119	.....	39	DOXY 100.....	77	
cyclosporine.....	61	dextrose.....	105	doxycycline hyclate.....	77	
cyclosporine modified.....	61	dextrose-nacl.....	106	doxycycline monohydrate 77,	78	
cyproheptadine hcl.....	41	DIASTAT ACUDIAL.....	81	.....	78	
CYSTADANE.....	123	DIASTAT PEDIATRIC.....	81	dronabinol.....	86	
CYSTAGON.....	48	diazepam.....	71, 103	drosiprenone-ethinyl estradiol	.....	51
CYSTARAN.....	65	DIAZEPAM INTENSOL.....	71	.....	51	
D		diclofenac potassium.....	16	DROXIA.....	89	
d3 maximum strength....	112	diclofenac sodium.....	17, 66	dss.....	112	
d-3-5.....	112	diclofenac sodium er.....	17	duloxetine hcl.....	83	
d-400.....	112	diclofenac-misoprostol....	17	duramorph.....	69	
daily multiple vitamins/iron	.....	dicloxacillin sodium.....	75	DUREZOL.....	66	
.....	112	dicyclomine hcl.....	46	dutasteride.....	47	
dalfampridine er.....	103	didanosine.....	101	dutasteride-tamsulosin hcl	47	
DALIRESP.....	43	DIFICID.....	76	E		
danazol.....	50	diflorasone diacetate.....	35	econazole nitrate.....	86	
dandrex.....	112	diflunisal.....	17	EDURANT.....	100	
dapsone.....	72	DIGITEK.....	22	efavirenz.....	100	
DAPTACEL.....	62	DIGOX.....	22, 23	ELESTRIN.....	56	
daptomycin.....	72	digoxin.....	23	eletriptan hydrobromide...	16	
darifenacin hydrobromide er	.....	dihydroergotamine mesylate	.....	ELIDEL.....	35	
.....	48	.....	16	ELIGARD.....	90	
DEBLITANE.....	56	DILANTIN.....	78	ELIQUIS.....	108	
decongestant.....	112	diltiazem hcl.....	21	ELMIRON.....	48	
decongestant 60.....	112	diltiazem hcl er.....	21	EMCYT.....	90	
DELYLA.....	51	diltiazem hcl er beads.....	21	EMOQUETTE.....	52	
DEMSEER.....	49	diltiazem hcl er coated beads	.....	EMSAM.....	82	
DEPEN TITRATABS.....	88	.....	21	EMTRIVA.....	101	
DEPO-PROVERA.....	56	dilt-xr.....	22	EMVERM.....	93	
DESCOVY.....	101	diphenoxylate-atropine....	45	enalapril maleate.....	29	
desipramine hcl.....	85	diphtheria-tetanus toxoids dt	.....	enalapril-hydrochlorothiazide	.....	25
desitin clear.....	112	.....	62	.....	25	
desloratadine.....	41					

ENBREL	59	esomeprazole strontium....	46	flonase sensimist	113
ENBREL SURECLICK	59	ESTARYLLA	52	FLOVENT DISKUS	42
ENDARI	123	estazolam	44	FLOVENT HFA.....	42
enema ready-to-use	112	estradiol	48, 56	fluconazole.....	87
ENGERIX-B	62	estropipate.....	56	fluconazole in sodium	
enoxaparin sodium	108	ethambutol hcl	88	chloride	86
ENPRESSE-28.....	52	ethosuximide.....	79	flucytosine	87
ENSKYCE.....	52	ethynodiol diac-eth estradiol		fludrocortisone acetate ...	49
entacapone.....	18	.....	52	flunisolide.....	41
entecavir	99	etodolac	17	fluocinolone acetonide19, 35	
ENTRESTO.....	25	etodolac er.....	17	fluocinolone acetonide scalp	
enulose	46	EUCRISA.....	35	.....	35
ENVARSUS XR	61	EVAMIST	56	fluocinonide	35
epinastine hcl	64	EVOTAZ.....	99	fluocinonide emulsified base	
epinephrine	40	EXEL COMFORT POINT PEN		.....	35
EPITOL	81	NEEDLE	119	fluorometholone.....	66
EPIVIR HBV.....	99	exemestane.....	93	fluorouracil.....	90
eplerenone	28	EXJADE	103	fluoxetine hcl.....	83, 84
EPOGEN	109	ezetimibe.....	27	fluphenazine decanoate ...	94
eprosartan mesylate.....	23	F		fluphenazine hcl	94, 95
eq nicotine	112	FALMINA.....	52	flurazepam hcl.....	44
eq ranitidine	113	famciclovir	99	flurbiprofen	17
eq acetaminophen	113	famotidine	46, 113	flurbiprofen sodium	67
eq aller-ease	113	FANAPT	96	flutamide	90
eq antacid extra strength	113	FANAPT TITRATION PACK	96	fluticasone propionate 36, 41	
eq ear drops.....	113	FARESTON	90	fluticasone-salmeterol.....	40
eq folic acid.....	113	FARYDAK	90	fluvastatin sodium.....	26
eq gas relief ultra strength		felbamate	81	fluvastatin sodium er	26
.....	113	felodipine er.....	22	fluvoxamine maleate.....	84
eq lice killing max st....	113	FEMYNOR	52	fluvoxamine maleate er ...	84
eq nicotine polacrilex....	113	fenofibrate	26	folic acid.....	109
ERAXIS.....	86	fenofibrate micronized.....	26	fondaparinux sodium	108
ergoloid mesylates	16	fenofibric acid	26	FORTEO.....	31
ergotamine-caffeine	16	fentanyl	67	FOSAMAX PLUS D	31
ERIVEDGE.....	90	FERRIPROX	103	fosamprenavir calcium....	99
ERLEADA.....	90	ferrogels forte.....	113	fosinopril sodium	29
ERRIN	56	ferrous fumarate	113	fosinopril sodium-hctz	25
ery.....	35	fe-succ ac-c-thre ac-b12-fa		FRAGMIN	108
ERYPED 200.....	76	.....	109	FREAMINE HBC	105
ERYPED 400.....	76	FETZIMA	83	furosemide	28
ERY-TAB.....	76	FETZIMA TITRATION	83	FUZEON	102
ERYTHROCIN		fexofenadine hcl	113	FYCOMPA	79, 81
LACTOBIONATE	76	FIASP	122	G	
erythromycin.....	35, 66	FIASP FLEXTOUCH.....	122	gabapentin	79
erythromycin base	76	finasteride	47	galantamine hydrobromide 30	
erythromycin ethylsuccinate		FIRAZYR	23	galantamine hydrobromide er	
.....	76	FIRMAGON	90	.....	30
ESBRIET.....	39	flavoxate hcl.....	48	GAMMAGARD.....	59
escitalopram oxalate	83	FLEBOGAMMA DIF	59	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
esomeprazole magnesium. 46		flecainide acetate	24	.....	59

GAMMAPLEX.....	59	H	ILEVRO.....	67	
GARDASIL 9.....	62	halobetasol propionate	36	imatinib mesylate.....	90
gatifloxacin.....	66	haloperidol.....	95	IMBRUVICA	90
GATTEX	45	haloperidol decanoate	95	imipenem-cilastatin.....	74
GAVILYTE-C	47	haloperidol lactate	95	imipramine hcl	85
GAVILYTE-G	47	HAVRIX	62	imipramine pamoate.....	85
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		heartburn antacid ex st... 113		imiquimod.....	36
PACK.....	47	heparin sodium (porcine) 108		IMOVAX RABIES.....	63
gemfibrozil	26	HEPATAMINE	105	INCASSIA	56
generlac	47	HEXALEN	88	INCRELEX.....	57
GENGRAF	61	HIBERIX.....	62	indapamide	28
GENTAK	66	HUMIRA.....	60	indomethacin	17
gentamicin in saline	71	HUMIRA PEDIATRIC		indomethacin er.....	17
gentamicin sulfate.....	36, 66, 71	CROHNS START	59	INFANRIX	63
GENVOYA.....	100	HUMIRA PEN	59	infants gas relief	114
GEODON	96	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INLYTA	90
GIANVI	52	STARTER	59	INTELENCE	100
GILENYA.....	38	HUMIRA PEN-PS/UV		INTRALIPID	105
GILOTRIF	90	STARTER	60	INTRAROSA.....	48
glatiramer acetate	38	HUMULIN R U-500		INTRON A.....	99
GLEOSTINE.....	88	(CONCENTRATED)	122	INTROVALE.....	52
glimepiride.....	120	HUMULIN R U-500		INVANZ	74
glipizide	120	KWIKPEN.....	122	INVEGA SUSTENNA.....	96
glipizide er	120	hydralazine hcl	29	INVEGA TRINZA	96
glipizide-metformin hcl ..	120	hydrochlorothiazide.....	28	INVIRASE	99, 100
global alcohol prep ease.	119	hydrocodone-acetaminophen		INVOKAMET.....	120
GLUCAGEN HYPOKIT	122	.....	69	INVOKAMET XR.....	120
GLUCAGON EMERGENCY		hydrocodone-ibuprofen	69	INVOKANA.....	120
.....	122	hydrocortisone ... 36, 49, 113		IPOL.....	63
glyburide.....	120	hydrocortisone ace-pramoxine		ipratropium bromide..	41, 42
glyburide micronized.....	120	.....	36	ipratropium-albuterol	43
glyburide-metformin	120	hydrocortisone butyrate ...	36	irbesartan.....	23
glycerin (pediatric)	113	hydrocortisone-acetic acid	19	irbesartan-	
glycopyrrolate	46	hydrogen peroxide.....	113	hydrochlorothiazide	25
gnp all day allergy	113	hydromorphone hcl	69	IRESSA.....	90
gnp antacid ultra strength		hydromorphone hcl er.....	67	iron	114
.....	113	hydroxocobalamin	110	ISENTRESS	102
gnp terbinafine hydrochloride		hydroxychloroquine sulfate		ISENTRESS HD.....	102
.....	113	.....	103	ISIBLOOM.....	52
GOCOVRI	18	hydroxyurea.....	90	ISOLYTE-P IN D5W.....	103
GOLYTELY.....	47	hydroxyzine hcl.....	70	ISOLYTE-S	105
goodsense naproxen sodium		hydroxyzine pamoate	70	isoniazid	88
.....	113	I		isopropyl alcohol	114
granisetron hcl.....	86	ibandronate sodium	31	isosorbide dinitrate.....	29
griseofulvin microsize	87	IBRANCE.....	90	isosorbide dinitrate er	29
griseofulvin ultramicrosize	87	ibu.....	113	isosorbide mononitrate....	29
guanfacine hcl	23	IBU.....	17	isosorbide mononitrate er .	29
guanfacine hcl er	39	ibuprofen.....	17, 113	isotretinoin.....	36
guanidine hcl.....	18	ICLUSIG	90	isradipine	22
		IDHIFA.....	90	itraconazole.....	87

ivermectin	93	KISQALI FEMARA 600 DOSE		LENVIMA 24 MG DAILY	
i-vite.....	114	.....	91	DOSE	91
IXIARO.....	63	KLOR-CON	106	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	
J		KLOR-CON 10.....	106	.....	91
JADENU.....	103	KLOR-CON M10.....	106	LESSINA.....	53
JADENU SPRINKLE	103	KLOR-CON M15.....	106	LETAIRIS.....	41
JAKAFI	90	KLOR-CON M20.....	106	letrozole.....	93
JANTOVEN.....	108	KLOR-CON SPRINKLE ...	107	leucovorin calcium	91
JANUMET	120	KORLYM	58	LEUKERAN.....	88
JANUMET XR	120	K-TAB.....	107	LEUKINE.....	109
JANUVIA.....	120	KURVELO.....	52	leuprolide acetate	91
JARDIANCE	120	KUVAN.....	124	LEVEMIR	122
johnsons diaper rash		KYNAMRO	27	LEVEMIR FLEXTOUCH ..	122
medicated.....	114	L		levetiracetam.....	81
JOLIVETTE.....	56	labetalol hcl.....	20	levetiracetam er	81
JUBLIA	87	lac-dose.....	114	levobunolol hcl	65
JULEBER	52	lactic acid e.....	114	levocarnitine.....	124
JULUCA.....	101	lactinex	114	levocetirizine dihydrochloride	
JUNEL 1.5/30	52	lactulose.....	47	.....	41
JUNEL 1/20	52	lamivudine.....	99, 101	levofloxacin	66, 77
JUNEL FE 1.5/30	52	lamivudine-zidovudine....	101	levofloxacin in d5w.....	77
JUNEL FE 1/20	52	lamotrigine	80	LEVONEST.....	53
JUNEL FE 24	52	lamotrigine er.....	80	levonorgest-eth estrad 91-day	
just tears eye drops.....	114	lamotrigine starter kit-blue	80	.....	53
JUXTAPID	27	lamotrigine starter kit-green		levonorgestrel-ethinyl estrad	
K		.....	80	.....	53
KALETRA	100	lamotrigine starter kit-orange		levonorg-eth estrad triphasic	
KALYDECO.....	40	.....	80	.....	53
kaolin	114	lanabiotic	114	LEVORA 0.15/30 (28).....	53
KARIVA.....	52	lansoprazole.....	46	LEVO-T	57
kcl in dextrose-nacl	106	LANTUS	122	levothyroxine sodium	57
kcl-lactated ringers-d5w.	106	LANTUS SOLOSTAR	122	LEVOXYL.....	57
KELNOR 1/35	52	LARIN 1.5/30	52	LEXIVA	100
KELNOR 1/50	52	LARIN 1/20	52	LIALDA.....	31
ketoconazole.....	87	LARIN FE 1.5/30	52	lice treatment max st.....	114
ketoprofen er	17	LARIN FE 1/20	53	lidocaine.....	70
ketorolac tromethamine... 17,		LARISSIA	53	lidocaine hcl.....	70
67		latanoprost.....	65	lidocaine viscous.....	33
ketostix	114	LATUDA	96	lidocaine-prilocaine	70
KIMIDESS.....	52	LEENA	53	lidocream	114
KINERET	61	leflunomide.....	60	lindane	94
KINRIX	63	LENVIMA 10 MG DAILY		linezolid.....	72
KIONEX	103	DOSE.....	91	LINZESS.....	45
KISQALI 200 DOSE.....	90	LENVIMA 14 MG DAILY		liothyronine sodium	57
KISQALI 400 DOSE.....	90	DOSE.....	91	lisinopril	29
KISQALI 600 DOSE.....	91	LENVIMA 18 MG DAILY		lisinopril-hydrochlorothiazide	
KISQALI FEMARA 200 DOSE		DOSE.....	91	.....	25
.....	91	LENVIMA 20 MG DAILY		lithium.....	20
KISQALI FEMARA 400 DOSE		DOSE.....	91	lithium carbonate.....	20
.....	91			lithium carbonate er	20

LITHOSTAT	48	MEDROL	49	metoprolol-	
LIVALO	26	medroxyprogesterone acetate		hydrochlorothiazide	25
long lasting antacid	114	.....	53, 56	metronidazole	36, 48, 72
LONSURF	91	mefloquine hcl	94	metronidazole in nacl	72
loperamide hcl	45, 114	megestrol acetate	56	mexiletine hcl	24
lopinavir-ritonavir	100	meijer aspirin ec	115	miconazole 3	48, 115
loradamed	114	meijer aspirin free	115	MICROGESTIN 1.5/30	53
lorazepam	71	meijer calamine	115	MICROGESTIN 1/20	53
LORYNA	53	meijer glucose	115	MICROGESTIN FE 1.5/30	53
losartan potassium	23	meijer saline nasal spray	115	MICROGESTIN FE 1/20	53
losartan potassium-hctz ...	25	meijer triple antibiotic ...	115	midodrine hcl	23
LOTEMAX	67	MEKINIST	92	miglitol	120
lotrimin af deodorant powder		melatonin	115	miglustat	124
.....	114	meloxicam	17	MILI	53
lovastatin	26	memantine hcl	30	milk of magnesia	115
LOW-OGESTREL	53	memantine hcl er	30	minerin	115
loxapine succinate	95	MENACTRA	63	minocycline hcl	78
LUMIGAN	65	MENEST	56	minoxidil	29
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		MENVEO	63	MIRCERA	109
.....	91	meperidine hcl	69	mirtazapine	82
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		meprobamate	70	misoprostol	45
.....	91	mercaptopurine	89	M-M-R II	63
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		meropenem	74	modafinil	44
.....	91	mesalamine	31	MODERIBA	98
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		MESNEX	92	MODERIBA 1200 DOSE	
.....	91	metaproterenol sulfate	43	PACK	98
LUTERA	53	metformin hcl	120	MODERIBA 800 DOSE PACK	
LYNPARZA	91	metformin hcl er	120	.....	98
LYRICA	38, 79	methadone hcl	68	moexipril hcl	29
LYSODREN	92	methazolamide	28	moexipril-hydrochlorothiazide	
LYZA	56	methenamine hippurate	72	.....	25
M		methimazole	58	mometasone furoate	36
maalox max	114	methocarbamol	123	MONONESSA	53
magnesium	114	methotrexate	61	montelukast sodium	42
magnesium oxide	114	methotrexate sodium	61	MONUROL	72
magnesium oxide -mg		methotrexate sodium (pf) ..	89	morphine sulfate	69
supplement	114	methoxsalen rapid	36	morphine sulfate	
magnesium sulfate	107	methyclothiazide	28	(concentrate)	69
magnesium-chelated zinc	114	methylidopa	23	morphine sulfate er	68
magnesium-oxide	115	methylidopa-		morphine sulfate er beads	68
maox	115	hydrochlorothiazide	25	MOVANTIK	45
mapap acetaminophen extra		methylphenidate hcl	39	MOXEZA	66
str	115	methylphenidate hcl er	39	moxifloxacin hcl	66, 77
maprotiline hcl	82	methylprednisolone	49, 50	moxifloxacin hcl in nacl ...	77
marlissa	53	methyltestosterone	50	multi vitamin	115
MARPLAN	82	metipranolol	65	mupirocin	36
MATULANE	92	metoclopramide hcl	45	mupirocin calcium	36
MAVYRET	98	metolazone	28	muscle rub ultra strength	115
meclizine hcl	85, 115	metoprolol succinate er ...	21	MYCAMINE	87
meclofenamate sodium ...	17	metoprolol tartrate	21	mycophenolate mofetil	61

mycophenolate sodium	61	nicardipine hcl	22	NOVOLOG PENFILL	123
MYRBETRIO	48	nicotine polacrilex.....	116	NOXAFIL.....	87
MYTESI.....	45	NICOTROL	32	NUCALA	40
N		nifedipine	22	NUDEXTA	39
nabumetone	17	nifedipine er	22	NUPLAZID	96
nadolol.....	21	nifedipine er osmotic release		nutrillipid.....	105
nadolol-bendroflumethiazide		.....	22	NYAMYC	87
.....	25	NIKKI	54	nystatin.....	87
nafticillin sodium	75	nilutamide	92	nystatin-triamcinolone	36, 37
naloxone hcl	32	NINLARO	92	NYSTOP.....	87
naltrexone hcl	32	NITRO-BID	29	O	
NAMZARIC.....	30	NITRO-DUR	29	octreotide acetate	58
naphazoline hcl.....	115	nitrofurantoin macrocrystal	72	ODEFSEY	102
naproxen	17	nitrofurantoin monohyd		ODOMZO.....	92
naproxen dr	17	macro	72	OFEV.....	39
naproxen sodium.....	18, 115	nitroglycerin.....	29, 30	ofloxacin	20, 66, 77
naratriptan hcl	16	NITROSTAT	30	OGESTREL.....	54
NARCAN	32	no flush niacin	116	olanzapine.....	96
nasal allergy 24 hour	115	non-aspirin extra strength	116	olanzapine-fluoxetine hcl .	20
nascobal	110	NORA-BE	56	olmesartan medoxomil	23
NATACYN.....	87	NORDITROPIN FLEXPEN	57	olmesartan medoxomil-hctz	
nateglinide	121	norethin ace-eth estrad-fe	54	.....	25
NATPARA.....	31	norethindrone.....	57	olmesartan-amlodipine-hctz	
natural oatmeal bath		norethindrone acetate	56	.....	25
treatment	115	norethindrone acet-ethinyl		olopatadine hcl	64
NEBUPENT	94	est.....	54	omega-3-acid ethyl esters	27
NECON 0.5/35 (28)	54	norethindrone-eth estradiol		omeprazole.....	46
NECON 7/7/7	54	.....	56	ondansetron	86
nefazodone hcl.....	82	norgestimate-eth estradiol	54	ondansetron hcl	86
neomycin sulfate.....	71	norgestim-eth estrad		ONFI	81
neomycin-bacitracin zn-		triphasic	54	OPSUMIT.....	41
polymyx	66	NORLYROC.....	57	opurity vitamin d.....	116
neomycin-polymyxin-		NORMOSOL-M IN D5W ..	103	ora-plus	110
dexameth	67	NORMOSOL-R IN D5W ..	103	ORAVIG	87
neomycin-polymyxin-		NORMOSOL-R PH 7.4 ...	105	orazinc.....	116
gramicidin.....	66	NORTHERA	23	ORENCIA	60
neomycin-polymyxin-hc ...	19,	NORTREL 0.5/35 (28)	54	ORENCIA CLICKJECT	60
67		NORTREL 1/35 (21)	54	ORFADIN	124
NEPHRAMINE	105	NORTREL 1/35 (28)	54	ORKAMBI	40
NERLYNX.....	92	NORTREL 7/7/7	54	orphenadrine citrate er...	123
NEUPOGEN.....	109	nortriptyline hcl.....	85	ORSYTHIA	54
NEUPRO	19	NORVIR.....	100	oseltamivir phosphate	97, 98
nevirapine	101	NOVOLIN 70/30	122	OSPHERA	48
nevirapine er.....	100, 101	NOVOLIN N	122	OTREXUP	61
NEXAVAR	92	NOVOLIN R	122	oxacillin sodium.....	75
nexium 24hr.....	115	NOVOLOG.....	123	oxandrolone.....	55
niacin er.....	116	NOVOLOG FLEXPEN	122	oxaprozin	18
niacin er (antihyperlipidemic)		NOVOLOG MIX 70/30 ...	123	oxazepam	71
.....	27	NOVOLOG MIX 70/30		oxcarbazepine.....	78
NIACOR	27	FLEXPEN	123	OXTELLAR XR	78

oxybutynin chloride.....	48	phenytoin sodium extended	78	preferred plus insulin syringe	119
oxybutynin chloride er	48	.....	78	.....	119
oxycodone hcl	69	PHOSPHOLINE IODIDE ...	65	PREMASOL	106
oxycodone hcl er	68	PICATO	37	prenatal	107
oxycodone-acetaminophen	69	pilocarpine hcl	33, 65	PREPOPIK	47
oxycodone-aspirin	69	pimozide	95	PREVALITE	27
oxycodone-ibuprofen	69	PIMTREA.....	54	PREVIFEM	54
oxymorphone hcl	68	pindolol	21	PREZCOBIX.....	100
oysco 500+d.....	116	pioglitazone hcl	121	PREZISTA	100, 102
oyster shell calcium	116	pioglitazone hcl-glimepiride	121	PRIFTIN	88
oyster shell calcium/d	116	.....	121	primaquine phosphate	94
oyster-cal 500.....	116	pioglitazone hcl-metformin	121	primidone	81
OZEMPIC	121	hcl.....	121	PROAIR HFA	43
P		piperacillin sod-tazobactam	76	PROAIR RESPICLICK	43
pa vitamin d-3	116	so	76	probenecid	16
pa vitamin d-3 gummy ...	116	PIRMELLA 1/35	54	PROCALAMINE.....	106
paliperidone er	96	piroxicam.....	18	prochlorperazine	85
PANRETIN	92	PLASMA-LYTE 148.....	105	prochlorperazine maleate 85,	95
pantoprazole sodium.....	46	PLASMA-LYTE A	106	PROCRIT	109
paricalcitol	31	PLEGRIDY	38	PROCTO-MED HC	37
paromomycin sulfate.....	71	PLEGRIDY STARTER PACK	38	PROCTO-PAK	37
paroxetine hcl	84	.....	38	PROCTOSOL HC	37
paroxetine hcl er	84	PLENAMINE	106	PROCTOZONE-HC.....	37
PASER.....	88	podofilox	37	progesterone micronized ..	57
PAXIL	84	polyethylene glycol 3350..	47	PROGLYCEM	122
PAZEO	64	polymyxin b-trimethoprim .	66	PROLASTIN-C	40
PEDIARIX.....	63	POMALYST	92	PROLENSA	67
pediatric electrolyte	116	PORTIA-28	54	PROLIA	31
PEDVAX HIB.....	63	potassium chloride.....	107	PROMACTA	109
peg 3350/electrolytes	47	potassium chloride crys er	107	promethazine hcl	85
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	47	.....	107	PROMETHEGAN	85
.....	47	potassium chloride er	107	propafenone hcl	24
peg-3350/electrolytes	47	potassium chloride in	107	proparacaine hcl	70
PEGANONE	78	dextrose	107	propranolol hcl.....	21
PEGASYS	98	potassium chloride in nacl	107	propranolol hcl er	21
PEGASYS PROCLICK.....	98	.....	107	propranolol-hctz.....	25
penicillin g potassium	75	potassium citrate er	107	propylthiouracil.....	58
penicillin g sodium	75	PRALUENT	27	PROQUAD.....	63
penicillin v potassium	76	pramipexole dihydrochloride	19	PROSOL	106
PENTAM	94	.....	19	protriptyline hcl	85
pentazocine-naloxone hcl .	70	prasugrel hcl	108	psyllium husk	116
pentoxifylline er	109	pravastatin sodium.....	27	PULMOZYME	40
perindopril erbumine	29	prazosin hcl	20	PURIXAN	89
permethrin	94, 116	prednicarbate.....	37	px artificial tears.....	116
perphenazine	95	prednisolone	50	pyrazinamide	88
perphenazine-amitriptyline	95	prednisolone acetate	67	pyridostigmine bromide....	18
phenazo	116	prednisolone sodium	67	pyridoxine hcl	110, 116
phenelzine sulfate	82	phosphate	50, 67	Q	
phenobarbital	81	prednisone	50	qc acid controller	116
phenytoin	78	PREDNISONE INTENSOL .	50		

qc allergy relief childrens	116	RECLIPSEN	54	SAMSCA	104
qc aspirin low dose	116	RECOMBIVAX HB	63	SANDIMMUNE	61, 62
qc bacitracin	116	refresh lacri-lube	117	SANTYL	37
qc complete allergy medicine	116	REGRANEX	37	SAPHRIS	97
qc effervescent antacid/pain	116	RELENZA DISKHALER.....	98	SAVELLA	38
qc gentle laxative	117	RELI-ON INSULIN SYRINGE	119	SAVELLA TITRATION PACK	38
qc loratadine-d.....	117	reno caps.....	110	scopolamine	85
qc tolnaftate	117	repaglinide.....	121	selegiline hcl	19
QUADRACEL	63	repaglinide-metformin hcl	121	selenium sulfide	37
QUASENSE	54	REPATHA	27	SELZENTRY	102, 103
QUDEXY XR.....	80	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	27	senexon	117
quetiapine fumarate	97	REPATHA SURECLICK.....	27	senna-plus	117
quetiapine fumarate er....	96	RESCRIPTOR.....	101	SENSIPAR	32
quinapril hcl	29	RESTASIS	65	SEREVENT DISKUS.....	43
quinapril-hydrochlorothiazide	25	REVLIMID.....	88	sertraline hcl	84
quinidine sulfate	24	REXULTI	97	SETLAKIN.....	54
quinine sulfate	94	REYATAZ.....	100	sevelamer carbonate.....	49
R		RIBASPHERE.....	98	SHAROBEL	57
ra athletes foot.....	117	RIBASPHERE RIBAPAK ..	98	SHINGRIX.....	63
ra b-complex with b-12 ..	117	ribavirin.....	98	SIGNIFOR.....	58
ra calcium 600	117	rifabutin	88	silace.....	117
ra calcium citrate plus vit d	117	rifampin	88	sildenafil citrate.....	43
ra clotrimazole 7	117	RIFATER	88	SILENOR	44
ra fiber-cap.....	117	riluzole	39	silver sulfadiazine	37
ra hi-cal plus vitamin d ..	117	rimantadine hcl	98	SIMBRINZA	65
ra instant hand sanitizer/aloe	117	RIOMET	121	simethicone.....	118
ra lansoprazole.....	117	risedronate sodium	31, 32	simple syrup.....	110
ra niacin.....	117	RISPERDAL CONSTA.....	97	SIMPONI	60
ra nicotine polacrilex	117	risperidone.....	97	simvastatin.....	27
ra omeprazole-sodium bicarb	117	ritonavir.....	100	sirolimus.....	62
ra sleep aid.....	117	rivastigmine	30	sm antibiotic	118
ra soluble fiber.....	117	rivastigmine tartrate	30	sm calcium antacid ex st	118
ra vitamin a & d	117	ropinirole hcl.....	19	sm clearlax.....	118
RABAVERT	63	ropinirole hcl er	19	sm coral calcium.....	118
raloxifene hcl	50	rosuvastatin calcium	27	sm ibuprofen	118
ramipril	29	ROTARIX	63	sm magnesium citrate ...	118
RANEXA.....	23	ROTATEQ	63	sm mineral oil.....	118
ranitidine hcl	46	ROWEEPRA	81	sodium bicarbonate.....	118
RAPAFLO	47	ROWEEPRA XR	81	sodium chloride ...	104, 107, 110, 118
RAPAMUNE	61	RUBRACA.....	92	sodium fluoride.....	107
rasagiline mesylate	19	RYDAPT	92	sodium lactate.....	107
RASUVO	61	RYTARY.....	18	sodium polystyrene sulfonate	104
RAVICTI	124	S		SOLIQUA	121
REBETOL.....	99	SABRIL	79	SOLTAMOX	50
		salese/xylitol	117	SOMATULINE DEPOT.....	58
		salicylic acid wart remover	117	SOMAVERT	58
				sotalol hcl	21, 103

sotalol hcl (af).....	21, 103	T		tobramycin	66, 71
SPIRIVA HANDIHALER...	42	TABLOID	89	tobramycin sulfate.....	71
SPIRIVA RESPIMAT	43	tacrolimus.....	37, 62	tobramycin-dexamethasone	
spironolactone	28	TAFINLAR	92	.....	67
spironolactone-hctz	25	TAGRISSO	92	TOLAK.....	92
SPRINTEC 28.....	55	tamoxifen citrate	92	tolazamide	121
SPRITAM	81	tamsulosin hcl.....	47	tolbutamide.....	121
SPRYCEL	92	TARCEVA.....	92	tolcapone	18
SPS.....	104	TARGRETIN.....	92	tolmetin sodium.....	18
SRONYX.....	55	TARINA FE 1/20	55	tolterodine tartrate	48
SSD.....	37	TASIGNA	92	tolterodine tartrate er.....	48
stavudine	101	tazarotene.....	37	topiramate.....	80
STELARA	60	TAZORAC	37	topiramate er	80
STIOLTO RESPIMAT.....	40	TAZTIA XT	22	torsemide	28
STIVARGA	92	TECFIDERA	38	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
stool softener	118	TEFLARO.....	74	.....	123
streptomycin sulfate	71	TEKTRUNA.....	23	TOUJEO SOLOSTAR.....	123
STRIBILD.....	102	TEKTRUNA HCT.....	26	TPN ELECTROLYTES	106
SUBOXONE	33	telmisartan	23	TRACLEER.....	41
sucralfate	45	telmisartan-amlodipine....	26	tramadol hcl.....	70
sudafed 12 hour.....	118	telmisartan-hctz	26	tramadol-acetaminophen..	70
sulfacetamide sodium	66	temazepam	44	trandolapril	29
sulfacetamide sodium (acne)		TENIVAC	63	trandolapril-verapamil hcl er	
.....	77	tenofovir disoproxil fumarate		.....	26
sulfacetamide-prednisolone		.....	102	tranexamic acid	109
.....	67	terazosin hcl	20	tranylcypromine sulfate....	82
sulfadiazine	77	terbinafine hcl.....	87	TRAVASOL	106
sulfamethoxazole-		terbutaline sulfate.....	43	TRAVATAN Z	65
trimethoprim	77	terconazole	49	trav-tabs	118
sulfasalazine.....	31	testosterone	50	trazodone hcl.....	82
sulindac	18	testosterone cypionate.....	50	TRECTOR.....	88
sumatriptan succinate.....	16	testosterone enanthate	50	TRELEGY ELLIPTA.....	40
sumatriptan succinate refill		tetanus-diphtheria toxoids td		TRELSTAR MIXJECT	58
.....	16	.....	63	TRESIBA FLEXTOUCH...	123
super omega-3	118	tetrabenazine	39	tretinoin.....	37, 93
SUPRAX.....	74	tetracycline hcl.....	78	TREXALL	62
SUPREP BOWEL PREP KIT		th magnesium	118	triamcinolone acetonide..	33,
.....	47	THALOMID	89	37	
SUTENT.....	92	the magic bullet	118	triamterene-hctz	26
SYLATRON.....	98	theophylline er	43	triazolam.....	44
SYMDEKO	40	thioridazine hcl	95	tri-buffered aspirin	118
SYMFI.....	101	thiothixene.....	95	trientine hcl	104
SYMFI LO.....	101	tiagabine hcl	79	trifluoperazine hcl	95
SYMLINPEN 120	121	tigecycline	72	trifluridine.....	66
SYMLINPEN 60	121	timolol maleate	21, 65	trihexyphenidyl hcl	19
SYNAREL.....	58	tinidazole.....	72	TRI-LO-ESTARYLLA	55
SYNJARDY	121	titralac	118	TRI-LO-SPRINTEC	55
SYNJARDY XR	121	TIVICAY.....	103	TRILYTE	47
SYNRIBO	92	tizanidine hcl	123	trimethoprim	72
SYNTHROID	58	TOBI PODHALER.....	71	TRI-MILI.....	55

trimipramine maleate.....	85	VELPHORO.....	49	warfarin sodium.....	108
TRINESSA (28).....	55	VELTASSA.....	104	WELCHOL.....	27
TRINTELLIX.....	82	VEMLIDY.....	99	X	
triple antibiotic.....	118	VENCLEXTA.....	93	XALKORI.....	93
TRI-PREVIFEM.....	55	VENCLEXTA STARTING		XARELTO.....	108
TRI-SPRINTEC.....	55	PACK.....	93	XARELTO STARTER PACK	
TRIUMEQ.....	102	venlafaxine hcl.....	84	.....	108
TRIVORA (28).....	55	venlafaxine hcl er.....	84	XATMEP.....	62
TRI-VYLIBRA.....	55	verapamil hcl.....	22	XELJANZ.....	60
TROKENDI XR.....	80	verapamil hcl er.....	22	XELJANZ XR.....	60
TROPHAMINE.....	106	VERSACLOZ.....	95	XGEVA.....	32
tropium chloride.....	48	VERZENIO.....	93	XIFAXAN.....	73
tropium chloride er.....	48	VICTOZA.....	121	XOLAIR.....	41
TRULICITY.....	121	VIDEX.....	102	XTANDI.....	93
TRUMENBA.....	63	VIDEX EC.....	102	XULTOPHY.....	122
TRUVADA.....	102	VIENVA.....	55	XURIDEN.....	124
TWINRIX.....	64	vigabatrin.....	79	XYREM.....	44
TYBOST.....	103	VIIBRYD.....	82	Y	
TYKERB.....	93	VIIBRYD STARTER PACK.....	82	YF-VAX.....	64
TYMLOS.....	32	VIMPAT.....	78	YONSA.....	93
TYPHIM VI.....	64	VIRACEPT.....	100	Z	
U		VIRAMUNE.....	101	zafirlukast.....	42
UCERIS.....	37	VIREAD.....	102	zaleplon.....	44
ULORIC.....	16	vitamin a palmitate.....	118	ZARXIO.....	109
UNITHROID.....	58	vitamin b6.....	119	ZEJULA.....	93
UPTRAVI.....	41	vitamin b-6.....	119	ZELBORAF.....	93
ursodiol.....	45	vitamin b-6 er.....	118	ZENCHENT.....	55
V		vitamin d.....	119	ZENPEP.....	45
valacyclovir hcl.....	99	vitamin d (cholecalciferol)		ZERBAXA.....	74
VALCHLOR.....	93	.....	119	ZERIT.....	102
valganciclovir hcl.....	97	vitamin d (ergocalciferol)	110	zidovudine.....	102
valproate sodium.....	79	vitamin d3.....	119	ziprasidone hcl.....	97
valproic acid.....	79	vitamin e.....	119	ZIRGAN.....	97
valsartan.....	24	VIVITROL.....	32	ZOLINZA.....	93
valsartan-hydrochlorothiazide		voriconazole.....	88	zolpidem tartrate.....	44
.....	26	VOSEVI.....	98	zolpidem tartrate er.....	44
value plus glucose.....	118	VOTRIENT.....	93	zonisamide.....	79
vancomycin hcl.....	73	VRAYLAR.....	97	ZORTRESS.....	62
VAQTA.....	64	VYFEMLA.....	55	ZOSTAVAX.....	64
VARIVAX.....	64	VYLIBRA.....	55	ZOVIA 1/35E (28).....	55
VARIZIG.....	64	W		ZYDELIG.....	93
VARUBI.....	86	wal-dryl allrgy/sinus		ZYKADIA.....	93
VASCEPA.....	27	headache.....	119	ZYLET.....	67
vcf vaginal contraceptive.....	118	wal-dryl-d allergy/sinus... ..	119	ZYPREXA RELPREVV.....	97
VELIVET.....	55	wal-finat.....	119	ZYTIGA.....	93

Este formulário foi atualizado em 11/12/2018. Para informações mais recentes ou outras dúvidas, fale conosco, Serviços ao Membro do Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options, em 1-877-833-8125 ou, para usuários de TTY, 711, 8h – 20h de segunda a sexta-feira. (Representantes disponíveis 7 dias por semana, das 8h às 20h, de 1º de outubro a 31 de março), ou acesse www.SeniorsGetMore.org.