

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)



Esta Lista de Medicamentos Preferidos se puede buscar. A continuación, se indica cómo buscar un medicamento:

1. Presione Control F para abrir la herramienta de búsqueda
2. Escriba el nombre del medicamento en el cuadro de texto
3. Presione enter

Planning for Healthy Babies®: Programa de Farmacia de Atención Entre Embarazos (IPC)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de control de la natalidad para las mujeres de Planning for Healthy Babies®: Atención Entre Embarazos (IPC). También cubrimos algunos medicamentos para ayudar a las mujeres de IPC con sus enfermedades crónicas, como la diabetes y la presión arterial alta. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir el embarazo y los medicamentos para mantener la salud estén cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos de Atención Entre Embarazos (IPC-PDL). Su médico debe recetar todos estos medicamentos.

Planning for Healthy Babies®: Lista de Medicamentos Preferidos de Atención Entre Embarazos (IPC-PDL)

La Lista de Medicamentos Preferidos de Atención Entre Embarazos (IPC-PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La IPC-PDL le indica qué medicamentos puede obtener en las farmacias locales. La lista se actualiza cada tres meses por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T). El grupo está compuesto por el Director Médico Principal, el Director Médico Principal de Servicios de Farmacia y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Peach State Health Plan.

El Programa de Farmacia de Atención Entre Embarazos no paga todos los medicamentos. Solo están cubiertos los siguientes tipos de medicamentos:

- Anticonceptivos
- Antibióticos utilizados para tratar Infecciones de Transmisión Sexual (excepto VIH/SIDA y Hepatitis)
- Ácido Fólico y Multivitamínicos con Ácido Fólico
- Medicamentos para infecciones del tracto vaginal inferior y de la piel vaginal
- Medicamentos para tratar Infecciones de las Vías Urinarias (UTI)
- Medicamentos para tratar enfermedades crónicas

Algunos medicamentos tienen límites según la edad, la dosis o las cantidades máximas. Estos medicamentos requieren una autorización previa (PA) si el médico considera que usted necesita más del límite.

Puede llamar a Servicios para Miembros para hablar con alguien sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para Miembros es [1-800-704-1484](tel:1-800-704-1484) (TTY/TTD: [1-800-255-0056](tel:1-800-255-0056)). También puede utilizar la herramienta "Drug Lookup" en la página web segura para miembros para consultar si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Miembros](#).

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)



Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM)

Peach State Health Plan trabaja con Express Scripts para pagar las reclamaciones de farmacia. Express Scripts es nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM).

Medicamentos Especializados

Algunos medicamentos solo se pagan cuando los obtiene en una farmacia especializada de Peach State Health Plan. Las farmacias especializadas se pueden encontrar mediante la herramienta Find A Provider (Buscar un Proveedor) en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com.

Estos medicamentos generalmente no están disponibles en las farmacias locales. Asegúrese de llamar a la farmacia especializada para solicitar un resurtido antes de que se le acabe el medicamento. Los medicamentos que proporcionan las farmacias especializadas están marcados en el PDL. Esta lista se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre el PDL.

Límites de Dispensación

La farmacia puede darle un suministro de hasta 31 días por cada receta nueva o reposición. Puede haber algunos medicamentos, como Depo-Provera, que se administran una vez y tienen una duración de 84 días. Debe haber transcurrido el 80% de los días del suministro o 25 días antes de que se pueda reponer el medicamento para los medicamentos de la IPC-PDL que no son sustancias controladas. Las sustancias controladas deben haber utilizado el 90% del suministro antes de que se pueda reponer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados, necesitará una nueva receta.

Uso Adecuado y Modificaciones de Seguridad

Su seguridad es muy importante para Peach State Health Plan. Una de las formas en que velamos por su seguridad es mediante las ediciones en el punto de venta (POS) cuando la farmacia envía la reclamación del medicamento. Estas modificaciones se basan en las aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Un ejemplo sería permitir solo un medicamento de la misma clase terapéutica cada mes.

Puede encontrar más información sobre los medicamentos que forman parte de estas ediciones en el documento **Uso Adecuado y Modificaciones de Seguridad** en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com.

Autorización Previa (PA)

Algunos medicamentos de la IPC-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si en su farmacia le informan que se necesita una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de Farmacia mediante el **Formulario de Autorización Previa de Medicamentos**. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. El formulario completo y las notas del médico que demuestren sus antecedentes

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)



deben enviarse por fax a Servicios de Farmacia al [1-833-582-2342](tel:1-833-582-2342). También se puede enviar una solicitud mediante el portal electrónico seguro de autorización previa de Cover My Meds en www.covermymeds.com.

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

- Existe una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
- Otros medicamentos de la PDL no han funcionado.

Todas las revisiones son realizadas por un farmacéutico clínico con licencia en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Utilizan los estándares establecidos por el Comité de P&T. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta incluirá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Terapia Escalonada

Algunos medicamentos de la IPC-PDL pueden requerir que se utilice primero otro medicamento. Esto se denomina Terapia Escalonada. Si ya obtuvo el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la IPC-PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con los otros medicamentos que ha probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta a usted y un fax a su médico. En la carta, se le informará sobre el proceso de apelación.

Límites de Cantidad

Peach State Health Plan puede limitar la cantidad de medicamento que puede recibir a la vez. Si el médico considera que necesita una cantidad mayor, se puede enviar una PA a Servicios de Farmacia. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta a usted y un fax a su médico. En la carta, se le informará sobre el proceso de apelación.

Solicitudes de Necesidad Médica

Solo los medicamentos incluidos en la IPC-PDL están cubiertos para las mujeres de Atención Entre Embarazos. Si necesita un medicamento que no aparece en la IPC-PDL, el médico puede solicitar una PA para el medicamento por necesidad médica (MN). En la IPC-PDL hay medicamentos para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-IPC. Para los medicamentos que no están incluidos en la IPC-PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la IPC-PDL de la misma clase y utilizados para el mismo diagnóstico; o
- Notas del médico que demuestren que es alérgico a al menos dos medicamentos de la IPC-PDL de la misma clase o que no puede tomarlos; o
- Notas del médico que demuestren que no puede tomar ninguno de los medicamentos de la IPC-PDL para su diagnóstico.

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)



Todas las revisiones son realizadas por un farmacéutico clínico con licencia en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Utilizan los estándares establecidos por el Comité de P&T. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta incluirá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Política de Suministro de Emergencia de 72 Horas

La ley Estatal y Federal establece que una farmacia puede darle un suministro de medicamentos para 72 horas (3 días) si está esperando la revisión de una PA. A las farmacias se les pagará el suministro de 3 días incluso si la PA no es aprobada. El farmacéutico puede utilizar su criterio profesional para decidir si el medicamento es urgente. El suministro de 72 horas no está permitido para sustancias controladas que requieren una PA. La farmacia debe llamar a **Servicios de Farmacia** al [1-866-399-0928](tel:1-866-399-0928) para recibir asistencia para enviar el suministro de 72 horas para su pago.

Exclusiones

Solo las categorías de medicamentos incluidas en la IPC-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para las mujeres de Atención Entre Embarazos. Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

Medicamentos Cubiertos por el Beneficio Médico

Peach State Health Plan cubre algunas vacunas y medicamentos bajo el beneficio médico para las mujeres de Atención Entre Embarazos de Planning for Healthy Babies®. Estos medicamentos no se pueden obtener en una farmacia local. El médico puede facturarlos a Peach State Health Plan. Si tiene preguntas sobre qué vacunas y medicamentos inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Peach State Health Plan.

Algunos métodos anticonceptivos deben administrarse en el consultorio del médico. Los dispositivos intrauterinos (IUD), como Mirena, Liletta, Skyla y Paragard, pueden colocarse durante su consulta de planificación familiar. Los anticonceptivos implantables, llamados Nexplanon, también pueden colocarse durante su consulta de planificación familiar. Si tiene preguntas sobre métodos anticonceptivos, consulte a su médico.

Medicamentos de Venta Libre

La IPC-PDL de Peach State Health Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC). Estos medicamentos de venta libre están cubiertos cuando su médico emite una receta para uno de ellos.

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)

Medicamentos para Dejar de Fumar

El Programa para Dejar de Fumar es cuando deja de fumar cigarrillos. Estos son los medicamentos que cubre Peach State Health Plan: productos genéricos de reemplazo de nicotina (chicle, pastillas y parches) y bupropión SR (Zyban). Necesitará una receta de su médico para estos medicamentos.

Medicamentos Genéricos

Los medicamentos de marca no estarán cubiertos sin PA cuando haya disponible un medicamento genérico aceptable. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y funcionan de la misma manera. Si usted o su médico consideran que se necesita un medicamento de marca, su médico puede solicitar una PA. Cubriremos el medicamento de marca si hay una razón médica para que lo necesite. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta incluirá una lista de otros medicamentos. También le informará sobre el proceso de apelación.

Abastecer una Receta

Puede obtener sus medicamentos en una farmacia de Peach State Health Plan. Puede encontrar una farmacia llamando a Servicios para Miembros de Peach State Health Plan. También puede buscar una farmacia cerca de usted utilizando la herramienta Provider-Lookup en el sitio web. Deberá entregar al farmacéutico su receta y su tarjeta de ID de Peach State Health Plan. Es posible que su farmacia le solicite otros documentos de identificación, como una licencia de conducir o una ID estatal.

Requisitos para Proveedores que Ordenan, Prescriben y Derivan (OPR)

Georgia Medicaid y el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS) requieren que su médico figure en Georgia Medicaid. Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia revisan las reclamaciones de farmacia para asegurarse de que la farmacia y el médico que figuran en su receta estén inscritos en Georgia Families®. Si un médico no inscrito emite su receta, la receta será rechazada. Su farmacia no podrá surtir sus recetas si no está inscrita en Georgia Families®.

Copagos

No se requieren copagos para las mujeres de Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos.

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies® Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)



Información de Contacto

Servicios para Miembros de Peach State Health Plan:	<u>1-800-704-1484</u>
Por fax:	1-800-659-7518
Servicios para Miembros de Peach State Health Plan TTY/TDD:	<u>1-800-255-0056</u>
Autorizaciones Previas de Servicios de Farmacia:	<u>1-866-399-0928</u>
Por fax:	1-833-582-2342
Mesa de Ayuda de Express Scripts Pharmacy:	<u>1-833-750-4403</u>

Asistencia Lingüística

¿Necesita que le traduzcan este documento? ¿Necesita ayuda para entender este documento? Si es así, llame a la línea de Servicios para Miembros de Peach State al [1-800-704-1484](tel:1-800-704-1484). Si tiene problemas auditivos, llame a nuestro número TDD/TTY [1-800-255-0056](tel:1-800-255-0056). Para obtener esta información en letra grande o en una grabación de audio, llame a Servicios para Miembros. Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo alguno para usted. Peach State Health Plan cuenta con una línea telefónica de asistencia lingüística disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Necesita ayuda para entender esto? Si la necesita, llame a la línea de Servicios para los miembros de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484. Si es una persona con problemas de audición, llame a nuestro TTY 1-800-255-0056. Para obtener esta información en letra más grande o que se la lean por teléfono, llame a Servicios para los Miembros.

Abreviaturas de la Lista de Medicamentos Preferidos

ABREVIATURAS DE LOS NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de los Niveles
P	Medicamento Preferido
NP	Medicamentos no preferidos
REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción de los Requisitos/Límites
AL	Límite de Edad: El medicamento está limitado a una edad específica
PA	Autorización Previa: Se requiere una revisión antes de que se pueda surtir la receta
QL	Límite de Cantidad: Existe un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período establecido.
Rx/OTC	El producto tiene cobertura tanto de medicamentos con receta como de venta libre
SP	Medicamento Especializado: Medicamentos de alto costo utilizados para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
ST	Terapia Escalonada: Requiere probar y no obtener resultados con uno o más productos preferidos antes de que se otorgue la cobertura.

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies[®]

Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)

DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la Edición	Descripción de la Edición
<i>Opioide</i>	Los medicamentos opioides de acción corta solo pueden surtir por 7 días a la vez cuando no se hayan surtido opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se amplía a suministros de 30 días cuando un miembro tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos registrados. Límites para Personas Sin Tratamiento Previo:* - Dosis Diaria Máxima = 50 MME** - Días de Suministro Máximo = 7 días - Se deben utilizar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada * Sin Tratamiento Previo significa que no se ha surtido ningún opioide en los últimos 180 días **MME = Equivalente en Miligramos de Morfina
<i>Tiras reactivas</i>	Las usuarias de insulina están limitadas a 150 tiras por 30 días; Las usuarias que no usan insulina están limitadas a 100 tiras por 90 días EXCEPCIONES: Los siguientes miembros pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días - Miembros menores de 18 años - Miembros con Diabetes Gestacional o Diabetes durante el Embarazo

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

Forma Farmacéutica	Descripción de la Forma Farmacéutica
<i>AEPB</i>	Polvo en Aerosol Activado por la Respiración
<i>AERB</i>	Aerosol, activado por la respiración
<i>AERO</i>	Aerosol
<i>AJKT</i>	Kit de Autoinyector
<i>AUII</i>	Autoinyector
<i>CAPS</i>	Cápsula
<i>CHEW</i>	Tableta Masticable
<i>CONC</i>	Concentrado
<i>CP12</i>	Cápsula ER 12 HR
<i>CP24</i>	Cápsula ER 24 HR
<i>CPCR</i>	Cápsula ER
<i>CPDR</i>	Cápsula de Liberación Retardada

Forma Farmacéutica	Descripción de la Forma Farmacéutica
<i>CPEP</i>	Cápsula con Partículas con Recubrimiento Entérico
<i>CPSP</i>	Cápsula para Espolvorear
<i>CREA</i>	Crema
<i>CSDR</i>	Cápsula de Liberación Retardada para Espolvorear
<i>DEVI</i>	Dispositivo
<i>ELIX</i>	Elixir
<i>EMUL</i>	Emulsión
<i>ENEM</i>	Enema
<i>EX</i>	Externo
<i>GRAN</i>	Granulomas
<i>IJ</i>	Inyección
<i>IMPL</i>	Implante
<i>INHA</i>	Inhalador

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®
Atención Entre Embarazos (IPC) – Lista de Medicamentos
Preferidos (PDL)



Forma Farmacéutica	Descripción de la Forma Farmacéutica
INJ	Inyectable
IUD	Dispositivo Intrauterino
IV	Intravenoso
LIQD	Líquido
LOTN	Loción
LOZG	Pastilla
LPOP	Paleta
MISC	Otras Consideraciones
N/A	Nasal
NEBU	Solución para inhalación por nebulizador
OINT	Pomada
OP	Oftálmico
OPHT	Oftálmico
OR	Oral
PACK	Paquete
PEN	Inyector Tipo Pluma
PNKT	Kit de Inyector Tipo Pluma
POT	Potasio
POWD	Polvo
PRSY	Jeringa Precargada
PSKT	Kit de Jeringas Precargadas
PSTE	Pasta
PT24	Parche de 24 horas
PT72	Parche de 72 horas
PTCH	Parche
PTTW	Parche Quincenal
PTWK	Parche Semanal
RE	Rectal
S.O.P.	Preparación Oftálmica Estéril
SHAM	Champú
SOAJ	Autoinyector de Solución
SOCT	Cartucho de Solución
SOLN	Solución
SOLR	Solución reconstituida
SOPN	Inyector Tipo Pluma de Solución
SOSY	Jeringa Precargada de Solución
SRER	Suspensión Reconstituida ER

Forma Farmacéutica	Descripción de la Forma Farmacéutica
STRP	Tira
SUBL	Tableta Sublingual
SUER	Suspensión de Liberación Prolongada
SUPN	Inyector Tipo Pluma para Suspensión
SUPP	Supositorio
SUSP	Suspensión
SUSR	Suspensión reconstituida
SUSY	Jeringa Precargada para Suspensión
SYRP	Jarabe
T12A	Tableta ER de 12 horas con Disuasión de Abuso
TABS	Tabletas
TB12	Tableta ER de 12 horas
TB24	Tableta ER de 24 horas
TBCR	Tableta ER
TBDP	Tableta Dispersable
TBEC	Tableta Cubierta Entérica
TBEF	Tableta Efervescente
TBPK	Paquete de Terapia con Tabletas
TBSO	Tableta Soluble
EXAMEN	Prueba de Diagnóstico
TINC	Tintura
TROC	Troche
VA	Vaginal
VI	Indicador Visual
WAFR	Lámina
XR	Liberación Prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADHD/ANTINARCOLEPSIA/ANTI-OBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el ADHD, los trastornos del sueño y de la alimentación		
Anfetaminas		
ADDERALL XR CP24 (Usar <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
ADDERALL TABS (Usar <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> CP24 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	P	QL(1 EA diario); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> TABS	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)
DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Usar <i>dextroamphetamine sulfate</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS	P	QL(1 EA diarios); PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW	P	QL(1 EA diarios); PA
VYVANSE CAPS (Usar <i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	QL(1 EA diarios); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VYVANSE CHEW (Usar <i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	QL(1 EA diarios); PA
Analépticos		
CAFFEINE CITRATED POWD	P	QL(45 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>caffeine citrate</i> SOLN PO 60 MG/3ML	P	QL(45 ML por dispensación en farmacia minorista)
Anorexígenos no anfetamínicos		
PLENITY	NP	
PLENITY WELCOME KIT	NP	
Agentes para trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (ADHD)		
<i>atomoxetine hcl</i>	P	QL(1 EA diario); AL(AI menos 6 años de edad); ST
<i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12	P	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
INTUNIV (Usar <i>guanfacine hcl (adhd)</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
STRATTERA (Usar <i>atomoxetine hcl</i>)	NP	QL(1 EA diario); AL(AI menos 6 años de edad); ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Estimulantes – Varios		
CONCERTA TBCR 36 MG (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
dexmethylphenidate hcl TABS	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
FOCALIN TABS (<i>Usar dexmethylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
METADATE CD CPCR (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 3 años de edad)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>methylphenidate hcl CPCR</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML</i>	P	QL(1800 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML</i>	P	QL(900 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TB24 36 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RELEXXII TBCR 36 MG	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)	ARIKAYCE	P	SP; PA
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)	BETHKIS NEBU (<i>Usar tobramycin</i>)	NP	SP; PA
RITALIN TABS 5 MG (<i>Usar methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 EA diarios); AL(AI menos 3 años de edad)	KITABIS PAK (CON NEBULIZADOR) NEBU 300 MG/5ML (<i>Usar tobramycin</i>)	NP	SP; PA
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS			<i>neomycin sulfate TABS</i>	P	
Extractos alérgicos			TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
ROUGH PIGWEED	NP		TOBI NEBU (<i>Usar tobramycin</i>)	NP	SP; PA
SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	NP		<i>tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML</i>	P	PA
SORREL/DOCK MIX IJ	NP		<i>tobramycin sulfate SOLR</i>	P	PA
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS			<i>tobramycin NEBU</i>	P	SP; PA
Medicina alternativa - B			ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para Tratar el Dolor, la Hinchazón y las Afecciones Musculares y Articulares		
REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS	NP		Antirreumáticos - Inhibidores de enzimas		
Medicina alternativa - G			<i>tofacitinib citrate SOLN 1 MG/ML</i>	P	QL(10 ML diarios); SP; PA
<i>ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG</i>	P	OTC; QL(4 EA diarios)	<i>tofacitinib citrate TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); SP; PA
Medicina alternativa - M			<i>tofacitinib citrate TB24 11 MG, 22 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
MELATONIN SUBL	P	QL(1 EA diarios)	XELJANZ XR TB24 11 MG	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
<i>melatonin TABS 3 MG, 5 MG</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)	XELJANZ XR TB24 22 MG (<i>Usar tofacitinib citrate</i>)	NP	QL(1 EA diarios); SP; PA
<i>melatonin TBDP 3 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	XELJANZ SOLN 1 MG/ML (<i>Usar tofacitinib citrate</i>)	NP	QL(10 ML diarios); SP; PA
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas					
Aminoglucósidos					

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
XELJANZ TABS 5 MG, 10 MG (<i>Usar tofacitinib citrate</i>)	NP	QL(2 EA diarios); SP; PA	ADALIMUMAB-ADBIM (2 JERINGAS) PSKT	P	SP; PA
Antimetabolitos Antirreumáticos			ADALIMUMAB-ADBIM(CD/UC/HS STRT) AJKT	P	SP; PA
OTREXUP SOAJ 20 MG/0.4ML	P	SP; PA	ADALIMUMAB-ADBIM(PS/UV INICIO) AJKT	P	SP; PA
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 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	P	SP; PA	ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40 MG/0.4ML	P	SP; PA
Anti-TNF-alfa – Anticuerpos monoclonales			ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40 MG/0.4ML	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY (1 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA	ADALIMUMAB-FKJP (2 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY (2 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA	ADALIMUMAB-FKJP (2 JERINGAS) PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY (2 JERINGAS) PSKT	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (1 PLUMAS) AJKT 80 MG/0.8ML	NP	SP
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (1 PLUMAS) AJKT 80 MG/0.8ML	NP	
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (2 PLUMAS) AJKT	NP	
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (2 PLUMAS) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADBIM (2 PLUMAS) AJKT	NP	SP	ADALIMUMAB-RYVK (2 JERINGAS) PSKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADBIM (2 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA	CYLTEZO (2 PLUMAS) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADBIM (2 JERINGAS) PSKT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	NP	SP	CYLTEZO (2 JERINGAS) PSKT	NP	SP
			CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT	NP	SP	ACTEMRA SOLN	P	SP; PA
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA	ACTEMRA SOSY	P	SP; PA
HADLIMA SOSY	P	SP; PA	Agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINES)		
HULIO (2 PLUMAS) AJKT	NP	SP	ALEVE TABS (<i>Usar naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 EA diarios)
HULIO (2 JERINGAS) PSKT	NP	SP	ANAPROX DS TABS (<i>Usar naproxen sodium</i>)	NP	
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ	NP	SP	diclofenac potassium TABS 50 MG	P	
HYRIMOZ SOAJ	NP	SP	diclofenac sodium TBEC	P	
HYRIMOZ SOSY	NP	SP	etodolac CAPS	P	
SIMLANDI (1 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA	etodolac TABS	P	
SIMLANDI (1 JERINGAS) PSKT	P	SP; PA	fenoprofen calcium CAPS 400 MG	P	
SIMLANDI (2 PLUMAS) AJKT	P	SP; PA	flurbiprofen TABS	P	
SIMLANDI (2 JERINGAS) PSKT	P	SP; PA	ibuprofen lysine	P	
YUFLYMA (1 PLUMAS) AJKT	NP	SP	ibuprofen CHEW	P	OTC
YUFLYMA (2 PLUMAS) AJKT	NP	SP	ibuprofen SUSP 50 MG/1.25ML	P	OTC
YUFLYMA (2 JERINGAS) PSKT	NP	SP	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML	P	RX/OTC
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG	P	
YUSIMRY	P	SP; PA	ibuprofen TABS 200 MG	P	OTC
Interleucina-1 inhibidor			INDOCIN SUSP (<i>Usar indomethacin</i>)	NP	
ARCALYST	P	SP; PA	INDOMETHACIN SODIUM	P	
Bloqueadores de la Interleucina-1beta			indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG	P	
ILARIS SOLN	P	SP; PA	indomethacin SUPP	P	
Inhibidores del receptor de la Interleucina- 6			indomethacin SUSP	P	
ACTEMRA	P	SP; PA	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML	P	
ACTPEN SOAJ					

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P		Inhibidores de Fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
<i>ketorolac tromethamine TABS</i>	P	QL(20 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 17 años de edad)	OTEZLA TABS	P	SP; PA
			OTEZLA TBPk	P	SP; PA
			Inhibidores de síntesis de pirimidina		
			ARAVA (<i>Usar leflunomide</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
			<i>leflunomide</i>	P	QL(1 EA diarios)
LODINE TABS (<i>Usar etodolac</i>)	NP		ANALGÉSICOS - No narcóticos - Medicamentos para Tratar el Dolor y las Afecciones Musculares y Articulares		
LURBIPR TABS 100 MG (<i>Usar flurbiprofen</i>)	NP		Combinaciones de Analgésicos		
LURBIRO TABS 100 MG (<i>Usar flurbiprofen</i>)	NP		<i>butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>meloxicam TABS</i>	P		<i>butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
MOTRIN CHILDRENS CHEW (<i>Usar ibuprofen</i>)	NP	OTC	<i>butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>nabumetone</i>	P		<i>butalbital-aspirin-caffeine CAPS</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
NALFON CAPS (<i>Usar fenoprofen calcium</i>)	NP		ESGIC TABS (<i>Usar butalbital-acetaminophen-caffeína</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
NAPROSYN SUSP (<i>Usar naproxen</i>)	NP		Otros analgésicos		
NAPROSYN TABS 500 MG (<i>Usar naproxen</i>)	NP		<i>acetaminophen CHEW</i>	P	OTC
<i>naproxen sodium TABS 220 MG</i>	P	OTC; QL(2 EA diarios)			
<i>naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG</i>	P				
<i>naproxen SUSP</i>	P				
<i>naproxen TABS</i>	P				
NEOPROFEN (<i>Usar ibuprofen lysine</i>)	NP				
<i>piroxicam CAPS</i>	P				
<i>sulindac TABS</i>	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>acetaminophen ELIX</i>	P	OTC
<i>acetaminophen LIQD 160 MG/5ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG</i>	P	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Analgésicos- Bloqueadores de los canales peptídicos		
PRIALT	P	SP; PA
Salicilatos		
<i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>	P	OTC
<i>aspirin CHEW</i>	P	OTC
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>aspirin TABS 325 MG</i>	P	OTC
<i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>diflunisal TABS</i>	P	
DOLOBID TABS	P	
<i>salsalate</i>	P	
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para Tratar el Dolor y las Afecciones Musculares y Articulares		
Agonistas opiáceos		
<i>codeine sulfate TABS 30 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(2 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
CODEINE SULFATE TABS	P	Clinical Edit: Opioids; QL(2 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
DEMEROL SOLN IJ (<i>Usar meperidine hcl</i>)	NF	
DILAUDID TABS 8 MG (<i>Usar hydromorphone hcl</i>)	NP	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios)
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (<i>Usar hydromorphone hcl</i>)	NP	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR</i>	P	QL(0.34 EA diarios)
HYDROMORPHONE HCL SUPP	P	Clinical Edit: Opioids; QL(2 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios)
<i>meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(30 ML diarios)
<i>meperidine hcl TABS 50 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>methadone hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 EA diarios); PA
<i>methadone hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 EA diarios); PA
<i>morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ ML, 100 MG/5ML</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(9 ML diarios)
<i>morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(21.4 ML diarios)
<i>morphine sulfate SUPP 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>morphine sulfate SUPP 30 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios)
<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	QL(3 EA diarios)
MS CONTIN TBCR 15 MG (<i>Usar morphine sulfate</i>)	P	QL(3 EA diarios)
MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (<i>Usar morphine sulfate</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
<i>oxycodone hcl CAPS</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(5 ML diarios)
<i>oxycodone hcl SOLN</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(30 ML diarios)
<i>oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); PA
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios)
OXYCONTIN T12A	P	QL(2 EA diarios); PA
ROXICODONE TABS 15 MG (<i>Usar oxycodone hcl</i>)	NP	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
ROXICODONE TABS 30 MG (<i>Usar oxycodone hcl</i>)	NP	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
Combinaciones de opioides		
<i>acetaminophen w/ codeine SOLN</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(30 ML diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>FIORICET/CODEINE 30 MG-40 MG-50 MG-300 MG (Usar butalbital-acetaminophen-cafeína con codeine)</i>	NF	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(180 ML diarios)
<i>hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>oxycodone w/ acetaminophen SOLN</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(30 ML diarios)
<i>oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>PERCOCET TABS 325 MG-2.5 MG (Usar oxycodone con acetaminophen)</i>	NF	
<i>PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Usar oxycodone con acetaminophen)</i>	NP	Clinical Edit: Opioids; QL(6 EA diarios)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	P	Clinical Edit: Opioids; QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
Agonistas opiáceos parciales		
<i>BELBUCA FILM</i>	P	QL(2 EA diarios); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (<i>Usar buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); PA	ZUBSOLV SUBL 2.1 MG- 8.6 MG	P	QL(2 EA diarios); PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL</i>	P	QL(3 EA diarios)	ZUBSOLV SUBL 0.18 MG-0.7 MG, 0.36 MG-1.4 MG, 0.71 MG-2.9 MG, 1.4 MG-5.7 MG, 2.9 MG-11.4 MG	P	QL(1 EA diarios); PA
<i>buprenorphine hcl SOLN</i>	P	QL(4 ML diarios); PA	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para Regular las Hormonas		
<i>buprenorphine hcl SUBL 8 MG</i>	P	QL(3 EA diarios); PA	Andrógenos		
<i>buprenorphine hcl SUBL 2 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); PA	AVEED SOLN	P	SP; PA
SUBLOCADE SOSY 300 MG/1.5ML	P	QL(0.05 ML diarios); Máximo de 2 dispensaciones por 30 día(s) en farmacia minorista; SP; PA	<i>methyltestosterone TABS</i>	P	
SUBLOCADE SOSY 100 MG/0.5ML	P	QL(0.02 ML diarios); Máximo de 2 dispensaciones por 30 día(s) en farmacia minorista; SP; PA	TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (<i>Usar buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(2 EA diarios); PA	<i>testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML</i>	P	QL(0.2858 ML diarios)
			<i>testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML</i>	P	QL(4 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
			<i>testosterone enanthate SOLN IM</i>	P	QL(4 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
			PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos Rectales para Tratar el Dolor, la Hinchazón y la Picazón		
			Esteroides intrarrectales		
			CORTENEMA (<i>Usar hydrocortisone (intrarectal)</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydrocortisone (intrarrectal)</i>	P	
Combinaciones Rectales		
ANALPRAM HC LOTN EX	P	QL(62 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
HEMORRHOIDAL 0.25 %- 85.5 %-3 %	P	OTC; QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
SB HEMORRHOID 0.25 % - 71.9 % - 14 % -3 %	P	OTC; QL(31 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
Esteroides rectales		
ANUSOL-HC EX (<i>Usar hydrocortisone (rectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %</i>	P	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	NP	RX/OTC
PREPARATION H EX 1 %	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIÁCIDOS		
Combinaciones de Antiácidos		
<i>alum & mag hydrox-simethicone LIQD</i>	P	QL(744 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML- 400 MG/10ML</i>	P	QL(744 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
Antiácidos - Sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP	P	OTC
Antiácidos - Bicarbonato		
<i>sodium bicarbonate (antiácido) TABS 325 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Antiácidos - Sales de calcio		
<i>calcium carbonate (antiácido) CHEW 500 MG</i>	P	OTC
Antiácidos - Sales de magnesio		
<i>magnesium oxide TABS 400 MG</i>	P	OTC
ANTIHELMÍNTICOS - Medicamentos para Tratar Infecciones por Gusanos		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
EMVERM CHEW	P	QL(1 EA por 14 día(s) en farmacia minorista)	<i>buspirone hcl</i> 5 MG, 10 MG	P	QL(6 EA diarios)
PIN RID CHEW	P	QL(3 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>buspirone hcl</i> 15 MG	P	QL(4 EA diarios)
<i>pyrantel pamoate SUSP</i>	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>buspirone hcl</i> 7.5 MG, 30 MG	P	QL(3 EA diarios)
ANTIANGINOSOS - Medicamentos para Tratar el Dolor de Pecho			<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP	P	
Nitratos			<i>hydroxyzine hcl</i> TABS	P	
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (<i>Usar isosorbide dinitrate</i>)	NP		<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS	P	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P		<i>meprobamate</i>	P	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS	P	QL(2 EA diarios)	VISTARIL CAPS 25 MG (<i>Usar hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24	P	QL(1 EA diarios)	Benzodiazepinas		
NITRO-DUR PT24 (<i>Usar nitroglycerin</i>)	NP		<i>alprazolam</i> TABS	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>nitroglycerin</i> OINT	P		ATIVAN TABS (<i>Usar lorazepam</i>)	NP	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>nitroglycerin</i> PT24	P		<i>chlordiazepoxide hcl</i> CAPS	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>nitroglycerin</i> SUBL	P		<i>clorazepate dipotassium</i> TABS	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
NITROSTAT SUBL (<i>Usar nitroglycerin</i>)	NP		<i>diazepam</i> SOLN PO 5 MG/5ML	P	AL (6 meses hasta 12 años)
NITRO-TIME CPCR 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG	P		<i>diazepam</i> TABS	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
AGENTES ANTICIANIOLÍTICOS - Medicamentos para Tratar la Ansiedad					
Agentes ansiolíticos - Varios					

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lorazepam TABS</i>	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	Antiarrítmicos tipo III		
<i>oxazepam CAPS</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>amiodarone hcl TABS 200 MG</i>	P	
VALIUM TABS (<i>Usar diazepam</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>dofetilide</i>	P	
XANAX TABS (<i>Usar alprazolam</i>)	NP	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	TIKOSYN (<i>Usar dofenilide</i>)	NP	
ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para Tratar Ritmos Cardíacos Anormales			AGENTES ANTIÁSTÁTICOS Y BRONCODILADORES - Medicamentos para Tratar Afecciones Pulmonares		
Antiarrítmicos tipo I-A			Antiasmáticos - Anticuerpos monoclonales		
<i>disopyramide phosphate CAPS</i>	P		CINQAIR	P	SP; PA
NORPACE CR CP12 150 MG	P		TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
NORPACE CAPS (<i>Usar disopyramide phosphate</i>)	P		XOLAIR SOAJ	P	SP; PA
<i>quinidine gluconate TBCR</i>	P		XOLAIR SOLR	P	SP; PA
<i>quinidine sulfate TABS</i>	P		XOLAIR SOSY	P	SP; PA
Antiarrítmicos tipo I-B			Agentes antiinflamatorios		
Antiarrítmicos tipo I-C			<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ML diarios)
<i>flecainide acetate</i>	P		Broncodilatadores - Anticolinérgicos		
<i>propafenone hcl TABS</i>	P		ATROVENT HFA 17 MCG/ACT (<i>Usar ipratropium bromide hfa</i>)	NP	QL(25.8 GM por dispensación en farmacia minorista)
			INCRUSE ELLIPTA	P	QL(1 EA diarios)
			<i>ipratropium bromide hfa 17 MCG/ACT</i>	P	QL(25.8 GM por dispensación en farmacia minorista)
			<i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>	P	QL(375 ML por 20 día(s) en farmacia minorista)
			SPIRIVA HANDIHALER CAPS IN (<i>Usar tiotropium bromide</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tiotropium bromide CAPS IN 18 MCG</i>	P		<i>beclomethasone dipropionate 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT</i>	P	QL(17.4 GM por dispensación en farmacia minorista)
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>budesonide (inhalación) SUSP</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 1 año de edad - Hasta 8 años de edad)
<i>umeclidinium bromide 62.5 MCG/INH</i>	P	QL(1 EA diarios)			
Moduladores de leucotrienos			FLOVENT HFA 44 MCG/ACT (<i>Usar fluticasone propionate hfa</i>)	NP	
<i>montelukast sodium CHEW</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>fluticasone furoate (inhalación) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>montelukast sodium PACK</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>fluticasone propionate (inhalación) AEPB</i>	P	
<i>montelukast sodium TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT</i>	P	QL(12 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 12 años de edad)
SINGULAIR CHEW (<i>Usar montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT</i>	P	QL(10.6 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 12 años de edad)
SINGULAIR PACK (<i>Usar montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT</i>	NP	
SINGULAIR TABS (<i>Usar montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 EA diarios)			
Inhibidores selectivos de Fosfodiesterasa 4 (PDE4)					
DALIRESP (<i>Usar roflumilast</i>)	NP	QL(1 EA diarios)			
<i>roflumilast</i>	P	QL(1 EA diarios)			
Inhalantes esteroides					
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (<i>Usar fluticasone furoate (inhalación)</i>)	NP				
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 GM diarios)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PULMICORT SUSP (Usar budesonide (inhalación))	NP	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 1 año de edad - Hasta 8 años de edad)	<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(6.7 GM por dispensación en farmacia minorista; 13.4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM diarios)	<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(8.5 GM por dispensación en farmacia minorista; 17 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM diarios)	<i>albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML</i>	P	QL(375 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
Simpaticomiméticos			<i>albuterol sulfate NEBU</i>	P	
ADVAIR DISKUS AEPB (Usar fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 EA diarios)	<i>albuterol sulfate NEBU 0.083 %</i>	P	QL(12.5 ML diarios)
AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol)	NF		ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol)	NF		<i>albuterol sulfate SYRP</i>	P	
AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol)	NF		<i>albuterol sulfate TABS</i>	P	
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(18 GM por dispensación en farmacia minorista; 36 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(11 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	NP		<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(10.2 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	NP		<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	NP	
			<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 GM diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(0.14 GM diarios)
<i>fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ML diarios)
<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 GM diarios)
PROAIR RESPICLICK AEPB	P	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista; 2 EA por 30 días en farmacia minorista); AL(AI menos 4 año de edad - Hasta 18 años de edad)
PROVENTIL HFA AERS (<i>Usar albuterol sulfate</i>)	NP	
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 EA por dispensación en farmacia minorista)
SYMBICORT (<i>Usar budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>)	NP	
<i>terbutaline sulfate TABS</i>	P	
VENTOLIN HFA AERS (<i>Usar albuterol sulfate</i>)	NP	
XOPENEX HFA (<i>Usar levalbuterol tartrate</i>)	NP	QL(0.5 GM diarios)
Xantinas		
THEO-24 CP24	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>theophylline ELIX</i>	P	
<i>theophylline SOLN</i>	P	QL(475 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>theophylline TB12</i>	P	
<i>theophylline TB24</i>	P	
ANTICOAGULANTES - Medicamentos Anticoagulantes		
Anticoagulantes de cumarina		
<i>warfarin sodium TABS</i>	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPK	P	QL(2.47 EA diarios)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 EA diarios)
Heparina y agentes similares a losheparinoides		
ARIXTRA (<i>Usar fondaparinux sodium</i>)	NP	SP; PA
<i>enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML</i>	P	SP
<i>enoxaparin sodium SOSY</i>	P	SP; PA
<i>fondaparinux sodium</i>	P	SP; PA
FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	P	SP; PA
FRAGMIN SOSY	P	SP; PA
<i>heparin sodium (porcino) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
<i>heparin sodium (porcino) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (<i>Usar enoxaparin sodium</i>)	NP	SP	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 EA por 33 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 33 días por correo); PA
LOVENOX SOSY (<i>Usar enoxaparin sodium</i>)	NP	SP; PA	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML	P	QL(10 EA por 33 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 33 días por correo); PA
Inhibidores de trombina			VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML	P	QL(10 EA por 33 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 33 días por correo); PA
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS</i>	P		VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 EA por 33 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 33 días por correo); PA
PRADAXA CAPS (<i>Usar dabigatran etexilate mesylate</i>)	NP		Anticonvulsivos - Varios		
ANTICONVULSIVOS - Medicamentos para Tratar las Convulsiones			BANZEL SUSP (<i>Usar rufinamide</i>)	NP	SP; PA
Anticonvulsivos - Benzodiacepinas			BANZEL TABS (<i>Usar rufinamide</i>)	NP	SP; PA
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>brivaracetam SOLN IV 50 MG/5ML</i>	P	SP; PA
DIASTAT PEDIATRIC GEL (<i>Usar diazepam (anticonvulsivo)</i>)	NP	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad)	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML (<i>Usar brivaracetam</i>)	NP	SP; PA
<i>diazepam (anticonvulsivo) GEL</i>	P	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad)	<i>carbamazepine CHEW 100 MG</i>	P	
KLONOPIN TABS (<i>Usar clonazepam</i>)	NP	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>carbamazepine SUSP</i>	P	
NAYZILAM	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); PA	<i>carbamazepine TABS</i>	P	
			<i>carbamazepine TB12</i>	P	
			DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 EA diarios); SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 EA diarios); SP; PA	<i>levetiracetam</i> TABS 500 MG	P	QL(6 EA diarios)
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 EA diarios); SP; PA	<i>levetiracetam</i> TABS 1000 MG	P	
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 EA diarios); SP; PA	<i>levetiracetam</i> TABS 250 MG, 750 MG	P	QL(4 EA diarios)
EPIDIOLEX	P	SP; PA	<i>levetiracetam</i> TB24	P	Use <i>levetiracetam</i> IR; ST
FINTEPLA	P	SP; PA	MYSOLINE (<i>Usar primidone</i>)	NP	
<i>gabapentin</i> CAPS	P	QL(9 EA diarios)	NEURONTIN CAPS (<i>Usar gabapentin</i>)	NP	QL(9 EA diarios)
<i>gabapentin</i> SOLN	P		NEURONTIN SOLN (<i>Usar gabapentin</i>)	NP	
<i>gabapentin</i> TABS 800 MG	P	QL(4 EA diarios)	NEURONTIN TABS 600 MG (<i>Usar gabapentin</i>)	NP	QL(6 EA diarios)
<i>gabapentin</i> TABS 600 MG	P	QL(6 EA diarios)	NEURONTIN TABS 800 MG (<i>Usar gabapentin</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
KEPPRA XR TB24 (<i>Usar levetiracetam</i>)	NP	Use <i>levetiracetam</i> IR; ST	<i>oxcarbazepine</i> SUSP	P	
KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (<i>Usar levetiracetam</i>)	NP	QL(16 ML diarios)	<i>oxcarbazepine</i> TABS	P	
KEPPRA TABS 500 MG (<i>Usar levetiracetam</i>)	NP	QL(6 EA diarios)	<i>primidone</i>	P	
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (<i>Usar levetiracetam</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	<i>rufinamide</i> SUSP	P	SP; PA
KEPPRA TABS 1000 MG (<i>Usar levetiracetam</i>)	NP		<i>rufinamide</i> TABS	P	SP; PA
LAMICTAL XR TB24 (<i>Usar lamotrigine</i>)	NP	Use <i>lamotrigine</i> IR; ST	TEGRETOL SUSP (<i>Usar carbamazepine</i>)	NP	
LAMICTAL CHEW (<i>Usar lamotrigine</i>)	NP		TEGRETOL TABS (<i>Usar carbamazepine</i>)	NP	
LAMICTAL TABS (<i>Usar lamotrigine</i>)	NP		TEGRETOL-XR TB12 (<i>Usar carbamazepine</i>)	NP	
<i>lamotrigine</i> CHEW	P		TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (<i>Usar topiramate</i>)	NP	QL(6 EA diarios)
<i>lamotrigine</i> TABS	P		TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (<i>Usar topiramate</i>)	NP	QL(8 EA diarios)
<i>lamotrigine</i> TB24	P	Use <i>lamotrigine</i> IR; ST			
<i>levetiracetam</i> SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML	P	QL(16 ML diarios)			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (<i>Usar topiramate</i>)	NP	QL(6 EA diarios)	<i>tiagabine hcl</i>	P	
TOPAMAX TABS 200 MG (<i>Usar topiramate</i>)	NP	QL(3 EA diarios)	<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 100 MG (<i>Usar topiramate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
<i>topiramate CPSP 15 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)	Hidantoínas		
<i>topiramate CPSP 25 MG</i>	P	QL(8 EA diarios)	DILANTIN	P	
<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)	DILANTIN (<i>Usar phenytoin sodium extended</i>)	P	
<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	DILANTIN INFATABS CHEW (<i>Usar phenytoin</i>)	P	
<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)	DILANTIN-125 SUSP (<i>Usar phenytoin</i>)	P	
TRILEPTAL SUSP (<i>Usar oxcarbazepine</i>)	NP		DILANTIN SUSP (<i>Usar phenytoin</i>)	P	
TRILEPTAL TABS (<i>Usar oxcarbazepine</i>)	NP		<i>phenytoin sodium extended 100 MG</i>	P	
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (<i>Usar zonisamide</i>)	NP		<i>phenytoin sodium SOLN</i>	P	
<i>zonisamide CAPS</i>	P		<i>phenytoin CHEW</i>	P	
Carbamatos			<i>phenytoin SUSP</i>	P	
<i>felbamate SUSP</i>	P		Succinimidas		
<i>felbamate TABS</i>	P		<i>ethosuximide CAPS</i>	P	
FELBATOL SUSP (<i>Usar felbamate</i>)	NP		<i>ethosuximide SOLN</i>	P	
FELBATOL TABS (<i>Usar felbamate</i>)	NP		ZARONTIN CAPS (<i>Usar ethosuximide</i>)	NP	
GABA Modulators			ZARONTIN SOLN (<i>Usar ethosuximide</i>)	NP	
SABRIL PACK (<i>Usar vigabatrin</i>)	NP	SP; PA	Ácido valproico		
SABRIL TABS (<i>Usar vigabatrin</i>)	NP	SP; PA	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
			DEPAKOTE ER TB24 500 MG (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 EA diarios)
			DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(8 EA diarios)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEPAKOTE TBEC 500 MG (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 EA diarios)	<i>mirtazapine TBDP</i> 45 MG	P	QL(1 EA diarios)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 EA diarios)	<i>mirtazapine TBDP</i> 30 MG	P	QL(1.5 EA diarios)P
DEPAKOTE TBEC 125 MG (<i>Usar divalproex sodium</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (<i>Usar mirtazapine</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>divalproex sodium CSDR</i>	P	QL(8 EA diarios)	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (<i>Usar mirtazapine</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
<i>divalproex sodium TB24</i> 250 MG	P	QL(3 EA diarios)	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (<i>Usar mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 EA diarios)
<i>divalproex sodium TB24</i> 500 MG	P	QL(7 EA diarios)	REMERON TABS 30 MG (<i>Usar mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 EA diarios)
<i>divalproex sodium TBEC</i> 500 MG	P	QL(7 EA diarios)	REMERON TABS 15 MG (<i>Usar mirtazapine</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
<i>divalproex sodium TBEC</i> 250 MG	P	QL(3 EA diarios)	Antidepresivos - Varios		
<i>divalproex sodium TBEC</i> 125 MG	P	QL(2 EA diarios)	<i>bupropion hcl</i> TABS	P	QL(3 EA diarios)
<i>valproate sodium SOLN PO</i> 250 MG/5ML, 500 MG/10ML	P		<i>bupropion hcl TB12</i> 100 MG	P	QL(4 EA diarios)
<i>valproic acid CAPS</i>	P		<i>bupropion hcl TB12</i> 150 MG	P	QL(3 EA diarios)
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para Tratar la Depresión			<i>bupropion hcl TB12</i> 200 MG	P	QL(2 EA diarios)
Antagonistas de receptores alfa 2 (tetracíclicos)			<i>bupropion hcl TB24</i> 150 MG	P	QL(3 EA diarios)
<i>mirtazapine TABS</i> 30 MG	P	QL(1.5 EA diarios)	<i>bupropion hcl TB24</i> 300 MG	P	QL(1 EA diario)
<i>mirtazapine TABS</i> 15 MG	P	QL(3 EA diarios)	FORFIVO XL TB24 (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NF	
<i>mirtazapine TABS</i> 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 EA diarios)			
<i>mirtazapine TBDP</i> 15 MG	P	QL(3 EA diarios)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	CELEXA TABS 40 MG (<i>Usar citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	CELEXA TABS 20 MG (<i>Usar citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 EA diarios)	<i>citalopram hydrobromide SOLN</i>	P	
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>citalopram hydrobromide TABS 20 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (<i>Usar bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 EA diarios)	<i>citalopram hydrobromide TABS 10 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
Modulador del receptor GABA - Esteroide neuroactivo			<i>citalopram hydrobromide TABS 40 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
ZULRESSO	P	SP; PA	<i>escitalopram oxalate TABS 5 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS)			<i>escitalopram oxalate TABS 20 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
NARDIL (<i>Usar phenelzine sulfate</i>)	NP		<i>escitalopram oxalate TABS 10 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)
PARNATE (<i>Usar tranylcypromine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>phenelzine sulfate</i>	P		<i>fluoxetine hcl CAPS 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 7 años de edad)
<i>tranylcypromine sulfate</i>	P				
Antagonistas del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA)					
SPRAVATO (DOSIS DE 56 MG)	P	SP; PA			
SPRAVATO (DOSIS DE 84 MG)	P	SP; PA			
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)					
CELEXA TABS 10 MG (<i>Usar citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 EA diarios)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluoxetine hcl SOLN</i>	P	QL(600 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 6 años de edad)	<i>paroxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>fluoxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 7 años de edad)	<i>paroxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)
<i>fluoxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	<i>paroxetine hcl TB24</i>	P	
FLUOXETINE HCL TABS (<i>Usar fluoxetine hcl</i>)	NF		PAXIL CR TB24 (<i>Usar paroxetine hcl</i>)	NP	
<i>fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	PAXIL SUSP (<i>Usar paroxetine hcl</i>)	NP	QL(40 ML diarios); PA
<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)	PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (<i>Usar paroxetine hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
LEXAPRO TABS 5 MG (<i>Usar escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)	PAXIL TABS 10 MG (<i>Usar paroxetine hcl</i>)	NP	QL(6 EA diarios)
LEXAPRO TABS 20 MG (<i>Usar escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)	PAXIL TABS 20 MG (<i>Usar paroxetine hcl</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
LEXAPRO TABS 10 MG (<i>Usar escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 12 años de edad)	PROZAC CAPS 40 MG (<i>Usar fluoxetine hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 7 años de edad)
<i>paroxetine hcl SUSP</i>	P	QL(40 ML diarios); PA	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (<i>Usar fluoxetine hcl</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
<i>paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>sertraline hcl CONC</i>	P	QL(6 ML diarios)
			<i>sertraline hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
			<i>sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
			ZOLOFT CONC (<i>Usar sertraline hcl</i>)	NP	QL(6 ML diarios)
			ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (<i>Usar sertraline hcl</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
			ZOLOFT TABS 100 MG (<i>Usar sertraline hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
Moduladores de la serotonina					
			<i>nefazodone hcl</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P		PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Usar <i>desvenlafaxine succinate</i>)	NP	QL(1 EA diarios); ST
<i>trazodone hcl TABS 300 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>venlafaxine hcl CP24 37.5 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
	P	QL(1 EA diario); AL(AI menos 18 años de edad); PA	<i>venlafaxine hcl CP24 75 MG</i>	P	QL(5 EA diarios)
VIIBRYD TABS (Usar <i>vilazodone hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios); PA	<i>venlafaxine hcl CP24 150 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>vilazodone hcl TABS</i>	P	QL(1 EA diarios); PA	<i>venlafaxine hcl TABS</i>	P	
Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)			<i>venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
CYMBALTA CPEP (Usar <i>duloxetine hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 7 años de edad)	<i>venlafaxine hcl TB24 150 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>desvenlafaxine succinate 100 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); ST	Agentes tricíclicos		
<i>desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); ST	<i>amitriptyline hcl TABS</i>	P	
<i>duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 7 años de edad)	<i>amoxapine</i>	P	
EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Usar <i>venlafaxine hcl</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	ANAFRANIL 75 MG (Usar <i>clomipramine hcl</i>)	NP	
EFFEXOR XR CP24 75 MG (Usar <i>venlafaxine hcl</i>)	NP	QL(5 EA diarios)	<i>clomipramine hcl 75 MG</i>	P	
EFFEXOR XR CP24 150 MG (Usar <i>venlafaxine hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	<i>desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P	
PRISTIQ 100 MG (Usar <i>desvenlafaxine succinate</i>)	NP	QL(4 EA diarios); ST	<i>desipramine hcl TABS 25 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
			<i>doxepin hcl CAPS</i>	P	
			<i>doxepin hcl CONC</i>	P	
			<i>imipramine hcl TABS</i>	P	
			NORPRAMIN TABS 25 MG (Usar <i>desipramine hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
			NORPRAMIN TABS 10 MG (Usar <i>desipramine hcl</i>)	NP	
			<i>nortriptyline hcl CAPS</i>	P	
			<i>nortriptyline hcl SOLN</i>	P	QL(20 ML diarios)
			PAMELOR CAPS (Usar <i>nortriptyline hcl</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para Regular el Azúcar en la Sangre			<i>sitagliptin free base-metformin hcl TB24</i>	P	QL(1 EA diarios)
Combinaciones antidiabéticas			SOLQUA	P	QL(0.6 ML diarios); PA
ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Usar <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	XIGDUO XR TB24 PO (Usar <i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 EA diarios)	XIGDUO XR TB24 PO (Usar <i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>alogliptin-pioglitazone</i> 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG	P		ZITUVIMET XR TB24	NP	
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl TB24 PO</i> 1000 MG-10 MG	P	QL(1 EA diarios)	ZITUVIMET TABS 1000 MG-50 MG, 500 MG-50 MG (Usar <i>sitagliptin free base-metformin hcl</i>)	NP	
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl TB24 PO</i> 1000 MG-5 MG	P	QL(2 EA diarios)	Biguanidas		
<i>dapagliflozin-saxagliptin</i>	P	QL(1 EA diarios)	GLUMETZA TB24 (Usar <i>metformin hcl</i>)	NF	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	P		<i>metformin hcl TABS</i> 850 MG, 1000 MG	P	
<i>glyburide-metformin</i>	P		<i>metformin hcl TABS</i> 500 MG	P	QL(4 EA diarios)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>metformin hcl TB24</i> 500 MG	P	QL(4 EA diarios)
QTERN 5 MG-10 MG	P	QL(1 EA diarios)	<i>metformin hcl TB24</i> 750 MG	P	QL(3 EA diarios)
<i>saxagliptin-metformin hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)	Otros diabéticos		
<i>sitagliptin free base-metformin hcl TABS</i> 1000 MG-50 MG, 500 MG-50 MG	P	QL(2 EA diarios)	BD GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>sitagliptin free base-metformin hcl TB24</i>	P	QL(2 EA diarios)	CVS GLUCOSE	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
			DEX4	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEX4 NATURALS	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>dextrose (uso para la diabetes) CHEW 4 GM</i>	P	OTC; QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (<i>Usar glucagon</i>)	NP	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>glucagon SOLR IJ 1 MG</i>	P	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>glucose-vitamin c 6 MG-4 GM</i>	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
KROGER GLUCOSE	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
RA GLUCOSE	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
TGT GLUCOSE	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW	P	OTC; QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WALGREENS GLUCOSE	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Inhibidores dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
<i>alogliptin benzoate</i>	P	
ONGLYZA 5 MG (<i>Usar saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>sitagliptin 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
ZITUVIO 25 MG, 50 MG, 100 MG (<i>Usar sitagliptin</i>)	NP	
Agentes miméticos de la incretina		
BYETTA 10 MCG PEN SOPN 10 MCG/0.04ML (<i>Usar exenatide</i>)	NP	QL(0.08 ML diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
BYETTA 5 MCG PEN SOPN 5 MCG/0.02ML (<i>Usar exenatide</i>)	NP	QL(0.04 ML diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML</i>	P	QL(0.04 ML diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML</i>	P	QL(0.08 ML diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>liraglutide</i>	P	QL(0.3 ML diarios); AL(AI menos 10 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRULICITY	P	QL(2 ML por 28 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 10 años de edad)	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	P	QL(1 ML diarios)
VICTOZA (<i>Usar liraglutide</i>)	NP	QL(0.3 ML diarios); AL(AI menos 10 años de edad)	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	NP	
Insulina			INSULIN LISPRO (1 UNIDAD DE DOSIFICACIÓN) SOPN	P	QL(1.34 ML diarios)
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP		INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P	
ADMELOG SOLN IJ	NP		INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN	P	QL(1 ML diarios)
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP		INSULIN LISPRO SOLN IJ	P	QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
HUMALOG SOLN IJ	NP		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML diarios)	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML diarios)
HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP	NP	
HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML diarios)	NOVOLIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
HUMULIN N SUSP	P	QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN	NP	
HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML diarios)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN	P	QL(1 ML diarios)	NOVOLIN N RELION SUSP	NP	

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NOVOLIN N SUSP	P	QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
NOVOLIN R FLEXPEN RELION SOPN IJ	P	QL(1 ML diarios)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN IJ	P	QL(1 ML diarios)
NOVOLIN R RELION SOLN IJ	NP	
NOVOLIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
SEMGLEE (YFGN) SOLN	NP	
SEMGLEE (YFGN) SOPN	NP	
Agentes sensibilizantes a la insulina		
ACTOS (<i>Usar pioglitazone hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>pioglitazone hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)
Análogos de meglitinida		
<i>nateglinide</i>	P	QL(3 EA diarios)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)		
<i>dapagliflozin TABS PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
FARXIGA TABS PO (<i>Usar dapagliflozin</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride 4 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>glimepiride 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>glipizide TABS</i>	P	
<i>glipizide TB24</i>	P	
GLUCOTROL XL TB24 5 MG, 10 MG (<i>Usar glipizide</i>)	NP	
<i>glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG</i>	P	
<i>glyburide TABS</i>	P	
AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS - Medicamentos para Tratar la Diarrea		
Agentes antidiarreicos/probióticos - Varios		
<i>bismuth subsalicylate CHEW 262 MG</i>	P	OTC
<i>bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML</i>	P	OTC
Agentes antiperistálticos		
<i>diphenoxylate w/ atropine LIQD</i>	P	
<i>diphenoxylate w/ atropine TABS</i>	P	
LOMOTIL TABS (<i>Usar diphenoxylate con atropine</i>)	NP	
<i>loperamide hcl CAPS</i>	P	OTC; QL(8 EA diarios); RX/ OTC
<i>loperamide hcl TABS</i>	P	OTC; QL(8 EA diarios)
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
Antídotos - Agentes quelantes		
CHEMET	P	
<i>deferasirox PACK</i>	P	SP; PA
<i>deferasirox TABS</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>deferasirox TBSO</i>	P	SP; PA
EXJADE TBSO (<i>Usar deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (<i>Usar deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS (<i>Usar deferasirox</i>)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
<i>deferoxamine mesylate</i>	P	SP; PA
DESFERAL 500 MG (<i>Usar deferoxamine mesylate</i>)	NP	SP; PA
SM IPECAC SYRUP	P	
VISTOGARD	P	
Antagonistas opiáceos		
<i>naloxone hcl LIQD</i>	P	QL(4 EA por 90 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
<i>naloxone hcl SOCT</i>	P	QL(2 ML por 90 día(s) en farmacia minorista)
<i>naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML</i>	P	QL(2 ML por 90 día(s) en farmacia minorista)
<i>naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML</i>	P	QL(4 ML por 90 día(s) en farmacia minorista)
<i>naltrexone hcl</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NARCAN LIQD (<i>Usar naloxone hcl</i>)	NP	QL(4 EA por 90 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
VIVITROL	P	SP
ANTIEMÉTICOS - Medicamentos para Tratar las Náuseas y los Vómitos		
Antagonistas de receptores 5-HT3		
<i>ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML</i>	P	QL(50 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>ondansetron hcl TABS 24 MG</i>	P	QL(1 EA por 14 día(s) en farmacia minorista)
<i>ondansetron TBDP 16 MG</i>	P	
<i>ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
Antieméticos - Anticolinérgico		
ANTIVERT CHEW (<i>Usar meclizine hcl</i>)	NP	OTC; RX/OTC
<i>dimenhydrinate TABS</i>	P	OTC; QL(24 EA por dispensación en farmacia minorista)
DRAMAMINE CHEW	P	OTC; QL(24 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>meclizine hcl CHEW</i>	P	OTC; RX/OTC
<i>meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG</i>	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Fúngicas		
Antimicóticos		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P	
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 EA diarios)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(90 EA por 120 día(s) en farmacia minorista)
Antimicóticos relacionados con el imidazole		
<i>DIFLUCAN SUSR (Usar fluconazol)</i>	NP	QL(70 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Usar fluconazol)</i>	NP	
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 EA por 14 día(s) en farmacia minorista)
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 EA diarios); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>SPORANOX CAPS (Usar itraconazol)</i>	NP	QL(1 EA diarios); PA
ANTIHIISTAMÍNICOS - Medicamentos para Tratar las Alergias		
Antihistamínicos - Alcanolaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 EA por dispensación en farmacia minorista)
Antihistamínicos - Etanolaminas		
<i>BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>CLEMASZ TABS 2.68 MG (Usar clemastine fumarate)</i>	NF	
<i>DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS</i>	P	OTC; QL(2 EA diarios)
<i>diphenhydramine hcl CAPS</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>diphenhydramine hcl TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(4 EA diarios)
Antihistamínicos - No sedante		

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (<i>Usar fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60 MG	P	QL(2 EA diarios)
<i>cetirizine hcl</i> CHEW	P	QL(1 EA diarios)	<i>fexofenadine hcl</i> TABS 180 MG	P	QL(1 EA diarios)
<i>cetirizine hcl</i> CHEW	NP		<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS	P	RX/OTC
<i>cetirizine hcl</i> SOLN PO	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC	<i>loratadine</i> SOLN	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>cetirizine hcl</i> SYRP PO 1 MG/ML	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC	<i>loratadine</i> TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>cetirizine hcl</i> TABS	P	QL(1 EA diarios)	<i>loratadine</i> TBDP 10 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios)
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (<i>Usar loratadine</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)	ZYRTEC ALLERGY TABS (<i>Usar cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (<i>Usar loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 EA diarios)	Antihistamínicos - Fenotiazinas		
CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (<i>Usar loratadine</i>)	NF		<i>promethazine hcl</i> SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN SOLN (<i>Usar loratadine</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>promethazine hcl</i> SUPP	P	QL(12 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad)
CLARITIN TABS (<i>Usar loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 EA diarios)	<i>promethazine hcl</i> TABS	P	AL(AI menos 2 años)
			Antihistamínicos - Piperidinas		
			<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP	P	
			<i>ciproheptadine hcl</i> TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para Tratar el Colesterol Alto		
Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
EVKEEZA	P	SP; PA
Antihiperlipidémicos – combinaciones		
ezetimibe-simvastatin	P	QL(1 EA diarios); ST
VYTORIN (Usar ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 EA diarios); ST
Secuestrantes de ácidos biliares		
cholestyramine light PACK	P	
cholestyramine light POWD	P	
cholestyramine PACK	P	
cholestyramine POWD	P	
COLESTID GRAN (Usar colestipol hcl)	NP	
COLESTID TABS (Usar colestipol hcl)	NP	
colestipol hcl GRAN	P	
colestipol hcl TABS	P	
QUESTRAN LIGHT POWD (Usar cholestyramine light)	NP	
QUESTRAN PACK (Usar cholestyramine)	NP	
QUESTRAN POWD (Usar cholestyramine)	NP	
Derivados del ácido fíbrico		
fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG	P	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
fenofibrate micronized 67 MG	P	QL(2 EA diarios)
fenofibrate TABS 160 MG	P	QL(1 EA diarios)
fenofibrate TABS 54 MG	P	QL(3 EA diarios)
FENOGLIDE TABS (Usar fenofibrate)	NF	
gemfibrozil TABS	P	QL(2 EA diarios)
LOPID TABS (Usar gemfibrozil)	NP	QL(2 EA diarios)
TRICOR TABS (Usar fenofibrate)	NF	
Inhibidores de la HMG-CoA reductasa		
atorvastatin calcium TABS	P	QL(1 EA diarios)
CRESTOR TABS (Usar rosuvastatin calcium)	NP	Try simvastatin or atorvastatin; QL(1 EA diarios); ST
LIPITOR TABS (Usar atorvastatin calcium)	NP	QL(1 EA diarios)
lovastatin TABS 40 MG	P	QL(2 EA diarios)
lovastatin TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(1 EA diarios)
pravastatin sodium	P	QL(1 EA diarios)
rosuvastatin calcium TABS	P	Try simvastatin or atorvastatin; QL(1 EA diarios); ST
simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG	P	QL(1 EA diarios)
ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Usar simvastatin)	NP	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Inhibidores de absorción intestinal de colesterol			<i>captopril</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>ezetimibe</i>	P	ST	<i>enalapril maleate TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
ZETIA (<i>Usar ezetimibe</i>)	NP	ST	<i>fosinopril sodium</i>	P	QL(1 EA diarios)
Inhibidores de la Proteína de Transferencia de Triglicéridos Microsomales (MTP)			<i>lisinopril TABS 2.5 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA	<i>lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
Derivados del ácido nicotínico			LOTENSIN 10 MG, 20 MG (<i>Usar benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>niacin (antihiperlipidémicos) TABS</i>	P		LOTENSIN 40 MG (<i>Usar benazepril hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>niacin (antihiperlipidémicos) TBCR</i>	P		<i>quinapril hcl</i>	P	
Inhibidores de la Proproteína Convertasa Subtilisina/Kexina Tipo 9			<i>ramipril CAPS</i>	P	QL(2 EA diarios)
LEQVIO	P	SP; PA	<i>trandolapril 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
PRALUENT SOAJ	P	SP; PA	<i>trandolapril 4 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	P	SP; PA	VASOTEC TABS (<i>Usar enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA	ZESTRIL TABS 2.5 MG (<i>Usar lisinopril</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
REPATHA SOSY	P	SP; PA	ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Usar lisinopril</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para Tratar la Presión Arterial Alta			Agentes para feocromocitoma		
ACE Inhibitors			DEMSEER (<i>Usar metyrosine</i>)	NP	SP; PA
ACCUPRIL (<i>Usar quinapril hcl</i>)	NP		<i>metyrosine</i>	P	SP; PA
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 10 MG (<i>Usar ramipril</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	Antagonistas de los receptores de angiotensina II		
<i>benazepril hcl 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	ATACAND (<i>Usar candesartan cilexetil</i>)	NP	
<i>benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AVAPRO 150 MG, 300 MG (<i>Usar irbesartan</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
BENICAR (<i>Usar olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan or irbesartan; QL(1 EA diarios); ST
<i>candesartan cilexetil</i>	P	
COZAAR (<i>Usar losartan potassium</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
DIOVAN TABS (<i>Usar valsartan</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>irbesartan</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>losartan potassium</i>	P	QL(1 EA diarios)
MICARDIS (<i>Usar telmisartan</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan or irbesartan; QL(1 EA diarios); ST
<i>telmisartan</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>valsartan TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)
Antiadrenérgicos antihipertensivos		
CARDURA (<i>Usar doxazosin mesylate</i>)	NP	
<i>clonidine hcl TABS</i>	P	
<i>doxazosin mesylate</i>	P	
<i>guanfacine hcl</i>	P	
<i>methyldopa TABS</i>	P	
<i>prazosin hcl CAPS</i>	P	
<i>terazosin hcl</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones de antihipertensivos		
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (<i>Usar quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (<i>Usar quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan or irbesartan; ST
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	P	Use losartan or irbesartan; ST
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan or irbesartan; ST
ATACAND HCT (<i>Usar candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	P	QL(2 EA diarios)
AVALIDE (<i>Usar irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
AZOR (<i>Usar amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan or irbesartan; ST
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)
BENICAR HCT (<i>Usar olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan or irbesartan; QL(1 EA diarios); ST
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	P		LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Usar benazepril y hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>captopril & hydrochlorothiazide</i> 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG	P	QL(2 EA diarios)	LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Usar amlodipine besylate-benazepril hcl)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>captopril & hydrochlorothiazide</i> 25 MG-50 MG	P	QL(3 EA diarios)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i> TABS 25 MG-100 MG, 25 MG- 50 MG	P	QL(2 EA diarios)
DIOVAN HCT (Usar valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i> TABS 50 MG-100 MG	P	QL(1 EA diarios)
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(2 EA diarios)	MICARDIS HCT (Usar telmisartan-hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 EA diarios)
EXFORGE (Usar amlodipine besylate-valsartan)	NP	Use losartan or irbesartan; ST	<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan or irbesartan; ST
EXFORGE HCT (Usar amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan or irbesartan; ST	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan or irbesartan; QL(1 EA diarios); ST
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 12.5 MG-20 MG	P	QL(4 EA diarios)
HYZAAR (Usar losartan potassium y hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 12.5 MG-10 MG	P	QL(3 EA diarios)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 25 MG-20 MG	P	QL(2 EA diarios)
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i> 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG	P	QL(2 EA diarios)	<i>telmisartan-amlodipine</i>	P	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i> 25 MG-20 MG	P	QL(1 EA diarios)			
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)
TENORETIC 100 (Usar atenolol y chlorthalidone)	NP	QL(2 EA diarios)
TENORETIC 50 (Usar atenolol y chlorthalidone)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P	
TRIBENZOR (Usar olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan or irbesartan; ST
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 EA diarios)
VASERETIC 25 MG-10 MG (Usar enalapril maleate y hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 EA diarios)
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Usar lisinopril y hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 EA diarios)
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Usar lisinopril y hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 EA diarios)
Antihipertensivos - Varios		
VECAMYL	P	SP; PA
Vasodilatadores		
<i>hydralazine hcl TABS</i>	P	
<i>minoxidil 10 MG</i>	P	QL(10 EA diarios)
<i>minoxidil 2.5 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Agentes antiinfecciosos - Varios		
<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - Combinaciones		
BACTRIM DS TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
BACTRIM TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
<i>methenamine-hyosc-methylene blue-sod phos-phenyl sal TABS 81.6 MG</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
URETRON D/S TABS 81.6 MG	P	
Carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium IJ</i>	P	SP; PA
Glucopéptidos		
FIRVANQ SOLR PO (Usar vancomycin hcl)	NP	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)
VANCOCIN CAPS 125 MG (Usar vancomycin hcl)	NP	QL(4 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VANCOCIN CAPS 250 MG (<i>Usar vancomycin hcl</i>)	NP	QL(8 EA diarios)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250 MG	P	QL(8 EA diarios)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125 MG	P	QL(4 EA diarios)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR IV 1 GM	P	QL(14 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML	P	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR IV 500 MG	P	QL(14 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM	P	QL(14 EA por dispensación en farmacia minorista)
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG	P	QL(14 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Leprostáticos		
<i>dapsone</i>	P	
Lincosamidas		
CLEOCIN (<i>Usar clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (<i>Usar clindamycin hcl</i>)	NP	
<i>clindamycin hcl</i> 150 MG, 300 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)
Monobactámicos		
CAYSTON	P	SP; PA
Oxazolidinonas		
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista); PA
Antiinfecciosos urinarios		
MACROBID (<i>Usar nitrofurantoin monohyd macro</i>)	NP	
MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (<i>Usar nitrofurantoin macrocrystal</i>)	NP	
<i>methenamine mandelate</i>	P	
<i>nitrofurantoin</i>	P	QL(40 ML diarios)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 50 MG, 100 MG	P	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	P	
ANTIPALÚDICOS - Medicamentos para Tratar la Malaria (Infecciones Parasitarias)		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 EA por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antimaláricos		
<i>chloroquine phosphate TABS 500 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>chloroquine phosphate TABS 250 MG</i>	P	
DARAPRIM (<i>Usar pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 MG</i>	P	
KRINTAFEL	P	QL(2 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>mefloquine hcl</i>	P	
PLAQUENIL (<i>Usar hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	
<i>primaquine phosphate TABS</i>	P	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (<i>Usar primaquine phosphate</i>)	NP	
<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
SOVUNA 200 MG	P	
ANTIMIASTÉNICOS/AGENTES COLINÉRGICOS		
Antimiasténicos/Agentes colinérgicos		
MESTINON TABS (<i>Usar pyridostigmine bromide</i>)	NP	
MESTINON TBCR (<i>Usar pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>pyridostigmine bromide TABS 60 MG</i>	P	
<i>pyridostigmine bromide TBCR</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos para Tratar la Tuberculosis (Infecciones Bacterianas)		
Agentes antimicobacterianos		
<i>ethambutol hcl TABS</i>	P	
<i>isoniazid SYRP</i>	P	
<i>isoniazid TABS</i>	P	
MYAMBUTOL TABS 400 MG (<i>Usar ethambutol hcl</i>)	NP	
MYCOBUTIN (<i>Usar rifabutin</i>)	NP	
<i>pyrazinamide</i>	P	
<i>rifabutin</i>	P	
<i>rifampin CAPS</i>	P	
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES - Medicamentos para Tratar el Cáncer		
Agentes alquilantes		
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HCL SOLN	P	SP; PA
<i>bendamustine hcl SOLR</i>	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA
<i>carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML</i>	P	SP; PA
<i>cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML</i>	P	SP; PA
CISPLATIN SOLN 200 MG/200ML (<i>Usar cisplatin</i>)	NP	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide SOLN</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	<i>fludarabine phosphate SOLN</i>	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	<i>fludarabine phosphate SOLR</i>	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	FOLOTYN 20 MG/ML, 40 MG/2ML (<i>Usar pralatrexate</i>)	NP	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML (<i>Usar cyclophosphamide</i>)	NP	SP; PA	FOLOTYN	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide SOLR IJ</i>	P	SP; PA	<i>mercaptopurine SUSP 2000 MG/100ML</i>	P	
EVOMELA IV	P	SP; PA	<i>mercaptopurine TABS</i>	P	
KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA	<i>methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML</i>	P	
LEUKERAN	P		<i>methotrexate sodium TABS 2.5 MG</i>	P	
<i>melphalan hcl IV</i>	P	SP; PA	ONUREG TABS	P	SP; PA
MYLERAN TABS	P		PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA
TEMODAR SOLR	P	SP; PA	<i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA
<i>temozolomide CAPS</i>	P	SP; PA	PEMFEXY	P	SP; PA
TEPADINA (<i>Usar thiotepa</i>)	NP	SP; PA	<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA
<i>thiotepa</i>	P	SP; PA	PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (<i>Usar mercaptopurine</i>)	NP	
TREANDA SOLR (<i>Usar bendamustine hcl</i>)	NP	SP; PA	TABLOID	P	SP; PA
VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P	
YONDELIS	P	SP; PA	VIDAZA SUSR (<i>Usar azacitidine</i>)	NP	SP; PA
ZEPZELCA	P	SP; PA	XELODA (<i>Usar capecitabine</i>)	NP	SP; PA
Antimetabolitos			Antineoplásicos - Inhibidores de la angiogénesis		
ALIMTA SOLR (<i>Usar pemetrexed disodium</i>)	NP	SP; PA	CYRAMZA	P	SP; PA
<i>azacitidine SUSR</i>	P	SP; PA	INLYTA	P	SP; PA
<i>capecitabine</i>	P	SP; PA			
<i>cladribine 10 MG/10ML</i>	P	SP; PA			
<i>cytarabine SOLN</i>	P	SP; PA			
<i>decitabine</i>	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 10 MG)	P	QL(1 EA diarios); SP; PA	PADCEV	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 12 MG)	P	QL(3 EA diarios); SP; PA	POLIVY	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 14 MG)	P	QL(2 EA diarios); SP; PA	POTELIGEO	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 18 MG)	P	QL(2 EA diarios); SP; PA	RUXIENCE	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 20 MG)	P	QL(2 EA diarios); SP; PA	TECENTRIQ	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 24 MG)	P	QL(3 EA diarios); SP; PA	TIVDAK	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 4 MG)	P	QL(1 EA diarios); SP; PA	TRUXIMA	P	SP; PA
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 8 MG)	P	QL(2 EA diarios); SP; PA	UNITUXIN	P	SP; PA
MVASI	P	SP; PA	YERVOY	P	SP; PA
ZALTRAP	P	SP; PA	ZEVALIN Y-90	P	SP; PA
ZIRABEV	P	SP; PA	ZYNLONTA	P	SP; PA
Antineoplásicos - Anticuerpos			Antineoplásicos - Agentes Anti-HER2		
ADCETRIS	P	SP; PA	KANJINTI	P	SP; PA
ARZERRA	P	SP; PA	MARGENZA	P	SP; PA
BAVENCIO	P	SP; PA	OGIVRI	P	SP; PA
BESPONSA	P	SP; PA	PERJETA	P	SP; PA
BLINCYTO	P	SP; PA	TRAZIMERA	P	SP; PA
DARZALEX	P	SP; PA	TUKYSA	P	SP; PA
EMPLICITI	P	SP; PA	Antineoplásicos - Inhibidores de BCL-2		
GAZYVA	P	SP; PA	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK	P	SP; PA
IMFINZI	P	SP; PA	VENCLEXTA TABS	P	SP; PA
JEMPERLI	P	SP; PA	Antineoplásicos - Inmunoterapia Celular		
KEYTRUDA	P	SP; PA	ABECMA	P	SP; PA
KIMMTRAK	P	SP; PA	BREYANZI	P	SP; PA
LIBTAYO	P	SP; PA	CARVYKTI	P	SP; PA
LOQTORZI	P	SP; PA	TECARTUS	P	SP; PA
MONJUVI	P	SP; PA	Antineoplásicos - Inhibidores de EGFR		
OPDIVO	P	SP; PA	ERBITUX	P	SP; PA
			<i>erlotinib hcl</i>	P	SP; PA
			EXKIVITY	P	SP; PA
			<i>gefitinib</i>	P	SP; PA
			GILOTRIF	P	SP; PA
			IRESSA (<i>Usar gefitinib</i>)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PORTRAZZA	P	SP; PA
TAGRISSE	P	SP; PA
TARCEVA (<i>Usar erlotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
VIZIMPRO	P	SP; PA
Antineoplásicos – Inhibidores de ruta de Hedgehog		
DAURISMO	P	SP; PA
ERIVEDGE	P	SP; PA
ODOMZO	P	SP; PA
Antineoplásicos – Agentes hormonales y relacionados		
<i>abiraterone acetate</i>	P	SP; PA
<i>anastrozole</i>	P	
ARIMIDEX (<i>Usar anastrozole</i>)	NP	
AROMASIN (<i>Usar exemestane</i>)	NP	
<i>bicalutamide</i>	P	QL(1 EA diarios)
CASODEX (<i>Usar bicalutamide</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
ELIGARD KIT SC 7.5 MG	P	SP; PA
EMCYT	P	SP; PA
ERLEADA 60 MG	P	SP; PA
EULEXIN	P	
<i>exemestane</i>	P	
FARESTON (<i>Usar toremifene citrate</i>)	NP	PA
FEMARA (<i>Usar letrozole</i>)	NP	
<i>letrozole</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	P	SP; PA
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA
LYSODREN	P	SP; PA
<i>megestrol acetate SUSP</i>	P	
<i>megestrol acetate TABS</i>	P	
NUBEQA	P	SP; PA
<i>tamoxifen citrate TABS</i>	P	
<i>toremifene citrate</i>	P	PA
VABRINTY SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
VABRINTY KIT SC 7.5 MG	P	SP; PA
XTANDI CAPS	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA
ZYTIGA (<i>Usar abiraterone acetate</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores del Factor Inducible por Hipoxia		
WELIREG	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inmunomoduladores		
<i>pomalidomide 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	SP; PA
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>Usar pomalidomide</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores de PDGFR-alfa		
AYVAKIT	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
Antibióticos antineoplásicos		
<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DAUNORUBICIN HCL SOLN (<i>Usar daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA	BOSULIF TABS 100 MG, 400 MG, 500 MG (<i>Usar bosutinib</i>)	NP	SP; PA
ELLENCESOLN	P	SP; PA	<i>bosutinib TABS 100 MG, 400 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML</i>	P	SP; PA	BRAFTOVI 75 MG	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA	CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 EA diarios); SP; PA
VALSTAR (<i>Usar valrubicin</i>)	NP	SP; PA	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
Combinaciones antineoplásicas			CAPRELSA	P	SP; PA
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 100 MG) KIT	P	SP; PA
INQOVI	P	SP; PA	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 140 MG) KIT	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (DOSIS DE 200 MG)	P	SP; PA	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 60 MG) KIT	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (DOSIS DE 400 MG)	P	SP; PA	COPIKTRA	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (DOSIS DE 600 MG)	P	SP; PA	COTELLIC	P	SP; PA
LONSURF	P	SP; PA	<i>dasatinib</i>	P	SP; PA
OPDUALAG	P	SP; PA	<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA
VYXEOS	P	SP; PA	<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA
Inhibidores de la enzima antineoplásica			FOTIVDA	P	SP; PA
AFINITOR DISPERZ TBSO (<i>Usar everolimus</i>)	NP	SP; PA	FYARRO	P	SP; PA
AFINITOR TABS (<i>Usar everolimus</i>)	NP	SP; PA	GAVRETO	P	SP; PA
ALECENSA	P	SP; PA	GLEEVEC TABS (<i>Usar imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA
ALUNBRIG TABS	P	SP; PA	IBRANCE CAPS 100 MG, 125 MG	P	SP; PA
ALUNBRIG TBPk	P	SP; PA	IBRANCE TABS	P	SP; PA
BALVERSA	P	SP; PA	ICLUSIG	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
BELEODAQ	P	SP; PA	IDHIFA	P	SP; PA
<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA	<i>imatinib mesylate TABS</i>	P	SP; PA
BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA	IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA
			IMBRUVICA TABS	P	QL(1 EA diarios); SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
INREBIC	P	SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
ISTODAX SOLR (<i>Usar romidepsin</i>)	NP	SP; PA	RETEVMO CAPS	P	SP; PA
JAKAFI	P	QL(2 EA diarios); SP; PA	ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA
KISQALI (DOSIS DE 200 MG)	P	SP; PA	<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA
KISQALI (DOSIS DE 400 MG)	P	SP; PA	ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA
KISQALI (DOSIS DE 600 MG)	P	SP; PA	RUBRACA	P	SP; PA
KOSELUGO	P	SP; PA	RYDAPT	P	SP; PA
KYPROLIS	P	SP; PA	SCEMBLIX 100 MG	P	SP
<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA
LORBRENA	P	SP; PA	<i>sorafenib tosylate</i>	P	SP; PA
LUMAKRAS	P	SP; PA	SPRYCEL (<i>Usar dasatinib</i>)	NP	SP; PA
LYNPARZA TABS	P	QL(4 EA diarios); SP; PA	STIVARGA	P	SP; PA
MEKINIST TABS	P	SP; PA	<i>sunitinib malate</i>	P	SP; PA
MEKTOVI	P	SP; PA	SUTENT (<i>Usar sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA
NERLYNX	P	SP; PA	TABRECTA	P	SP; PA
NEXAVAR (<i>Usar sorafenib tosylate</i>)	NP	SP; PA	TAFINLAR CAPS	P	SP; PA
<i>nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG</i>	P	SP; PA	TALZENNA	P	SP; PA
NINLARO	P	SP; PA	TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG (<i>Usar nilotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA	TAZVERIK	P	SP; PA
PEMAZYRE	P	SP; PA	<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA
PHYRAGO 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG	P	SP; PA	TIBSOVO	P	SP; PA
PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 200 MG)	P	SP; PA	TORISEL (<i>Usar temsirolimus</i>)	NP	SP; PA
PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 250 MG)	P	SP; PA	TURALIO 125 MG	P	SP; PA
PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 300 MG)	P	SP; PA	TYKERB (<i>Usar lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA
			VELCADE SOLR IJ (<i>Usar bortezomib</i>)	NP	SP; PA
			VERZENIO	P	QL(2 EA diarios); SP; PA
			VITRAKVI CAPS	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
VONJO	P	SP; PA
VOTRIENT (<i>Usar pazopanib hcl</i>)	NP	SP; PA
XALKORI CAPS	P	SP; PA
XOSPATA	P	SP; PA
ZELBORAF	P	SP; PA
ZOLINZA	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas		
ASPARLAS	P	SP; PA
ONCASPAS	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA
Antineoplásicos varios		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA
<i>bexarotene</i>	P	SP; PA
HYDREA (<i>Usar hydroxyurea</i>)	NP	
<i>hydroxyurea</i>	P	
MATULANE	P	SP; PA
PHOTOFRIN	P	SP; PA
PROLEUKIN	P	SP; PA
TARGRETIN (<i>Usar bexarotene</i>)	NP	SP; PA
<i>tretinoin (quimioterapia)</i>	P	SP; PA
TRISENOX (<i>Usar arsenic trioxide</i>)	NP	SP; PA
Complementos de quimioterapia		
KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes de Rescate/Antídoto/Protección de Quimioterapia		
<i>dexrazoxane hcl</i>	P	SP; PA
KHAPZORY 175 MG	P	SP; PA
<i>leucovorin calcium TABS</i>	P	
<i>levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML</i>	P	SP; PA
<i>levoleucovorin calcium SOLR</i>	P	SP; PA
<i>mesna SOLN</i>	P	SP; PA
<i>mesna TABS</i>	P	SP; PA
MESNEX SOLN (<i>Usar mesna</i>)	NP	SP; PA
MESNEX TABS	P	SP; PA
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE (<i>Usar paclitaxel protein-bound particles</i>)	NP	SP; PA
AVOPEF SOLN 100 MG/5ML	P	SP; PA
BEIZRAY CONC 20 MG/ML	P	SP; PA
<i>docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML</i>	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (<i>Usar docetaxel</i>)	NP	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
<i>docetaxel SOLN</i>	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN (<i>Usar docetaxel</i>)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
<i>eribulin mesylate</i>	P	SP; PA
<i>etoposide CAPS</i>	P	SP; PA
<i>etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML</i>	P	SP; PA
HALAVEN (<i>Usar eribulin mesylate</i>)	NP	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	P	SP; PA
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	P	SP; PA
<i>vincristine sulfate</i>	P	SP; PA
Agentes Virales Oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (<i>Usar irinotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
HYCANTIN CAPS	P	SP; PA
HYCANTIN SOLR (<i>Usar topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (<i>Usar topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLR</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIAS RELACIONADAS - Medicamentos para Tratar la Enfermedad de Parkinson		
Terapia Adyuvante para Tratar el Parkinson		
<i>carbidopa</i>	P	
LODOSYN (<i>Usar carbidopa</i>)	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
<i>benztropine mesylate TABS</i>	P	
<i>trihexyphenidyl hcl TABS</i>	P	
Dopaminérgicos antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl CAPS</i>	P	
<i>amantadine hcl SOLN</i>	P	
APOKYN SOCT	P	SP; PA
<i>apomorphine hydrochloride SOCT</i>	P	SP; PA
<i>bromocriptine mesylate CAPS</i>	P	
<i>bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG</i>	P	
<i>carbidopa-levodopa TABS</i>	P	
<i>carbidopa-levodopa TBCR</i>	P	
DHIVY TABS	P	
GOCOVRI CP24	P	SP; PA
PARLODEL CAPS (<i>Usar bromocriptine mesylate</i>)	NP	
PARLODEL TABS (<i>Usar bromocriptine mesylate</i>)	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	P	QL(3 EA diarios)
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (<i>Usar carbidopa-levodopa</i>)	NP	
Inhibidores antiparkinsonianos de la monoamino oxidasa		
<i>selegiline hcl</i> CAPS	P	
<i>selegiline hcl</i> TABS	P	
ANTIPSICÓTICOS/AGENTES ANTIMANÍACOS - Medicamentos para Tratar los Trastornos del Estado de Ánimo		
Agentes antimaníacos		
<i>lithium</i>	P	
<i>lithium carbonate</i> CAPS	P	
<i>lithium carbonate</i> TABS	P	
<i>lithium carbonate</i> TBCR	P	
LITHOBID TBCR (<i>Usar lithium carbonate</i>)	P	
Antipsicóticos - Varios		
GEODON (<i>Usar ziprasidone hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
LATUDA (<i>Usar lurasidone hcl</i>)	NP	
<i>lurasidone hcl</i>	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 EA diarios); PA
NUPLAZID TABS 10 MG	P	QL(1 EA diarios); PA
<i>ziprasidone hcl</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Benzisoxazoles		
ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML	P	SP; PA
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA
INVEGA TRINZA	P	SP; PA
PERSERIS PRSY	P	SP; PA
RISPERDAL CONSTA (<i>Usar risperidone microspheres</i>)	NP	SP; PA
RISPERDAL SOLN (<i>Usar risperidone</i>)	NP	QL(4 ML diarios); AL(AI menos 5 años de edad)
RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>Usar risperidone</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 5 años de edad)
<i>risperidone microspheres</i>	P	SP; PA
<i>risperidone SOLN</i>	P	QL(4 ML diarios); AL(AI menos 5 años de edad)
<i>risperidone TABS</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 5 años de edad)
<i>risperidone TBDP</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 5 años de edad)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Butirofenonas			<i>quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>HALDOL DECANOATE (Usar haloperidol decanoate)</i>	NP		<i>quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>haloperidol decanoate</i>	P		SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (<i>Usar quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>haloperidol lactate CONC</i>	P		SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (<i>Usar quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (<i>Usar quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad - Hasta 17 años de edad)
<i>haloperidol TABS 20 MG</i>	P		ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA
Dibenzapinas			ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (<i>Usar olanzapine</i>)	NP	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>clozapine TABS</i>	P	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (<i>Usar olanzapine</i>)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
CLOZARIL TABS (<i>Usar clozapine</i>)	NP	QL(3 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)	ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (<i>Usar olanzapine</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)
<i>loxapine succinate</i>	P	QL(4 EA diarios)	Dihidroindolonas		
<i>olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)	<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>olanzapine TABS 15 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)	Fenotiazinas		
<i>olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad)	<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 EA diarios)
<i>quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); AL(AI menos 10 años de edad - Hasta 17 años de edad)			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>fluphenazine hcl TABS</i>	P	
<i>perphenazine TABS</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>prochlorperazine</i>	P	
<i>prochlorperazine maleate TABS</i>	P	
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>trifluoperazine hcl TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
Derivados de quinolinona		
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ABILIFY TABS (<i>Usar aripiprazole</i>)	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>aripiprazole SOLN PO</i>	P	QL(750 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>aripiprazole TABS</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
<i>aripiprazole TBDP</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 6 años de edad)
ARISTADA	P	SP; PA
ARISTADA INITIO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Tioxantenos		
<i>thiothixene</i>	P	QL(3 EA diarios)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
FORMALDEHYDE SOLN	P	QL(90 ML por dispensación en farmacia minorista)
Antisépticos de cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP	
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ML por dispensación en farmacia minorista)
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar infecciones virales		
Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ML diarios)
<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 EA diarios); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
BIKTARVY	P	QL(1 EA diarios)
CIMDUO	P	QL(1 EA diarios);

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (<i>Usar emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	EMTRIVA CAPS (<i>Usar emtricitabine</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
darunavir TABS 600 MG	P	QL(2 EA diarios); ST	EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ML diarios)
darunavir TABS 800 MG	P	QL(1 EA diarios); ST	EPIVIR SOLN (<i>Usar lamivudine</i>)	NP	QL(30 ML diarios)
DELSTRIGO	P	QL(1 EA diarios)	EPIVIR TABS 150 MG (<i>Usar lamivudine</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 EA diarios); PA	EPIVIR TABS 300 MG (<i>Usar lamivudine</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 EA diarios); PA	etravirine 100 MG	P	QL(4 EA diarios)
DOVATO	P		etravirine 200 MG	P	QL(2 EA diarios)
EDURANT 25 MG (<i>Usar rilpivirine hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	fosamprenavir calcium TABS	P	QL(4 EA diarios)
efavirenz CAPS 200 MG	P	QL(1 EA diarios)	FUZEON SOLR	P	SP; PA
efavirenz CAPS 50 MG	P	QL(2 EA diarios)	GENVOYA	P	QL(1 EA diarios)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	P	QL(1 EA diarios)	INTELENCE 100 MG (<i>Usar etravirine</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	P	QL(1 EA diarios)	INTELENCE 25 MG	P	QL(4 EA diarios)
efavirenz TABS	P	QL(1 EA diarios)	INTELENCE 200 MG (<i>Usar etravirine</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
emtricitabine CAPS	P	QL(1 EA diarios)	ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 EA diarios)
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate	P	QL(1 EA diarios)	ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 EA diarios)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG	P	QL(1 EA diarios)	ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 EA diarios)
			ISENTRESS PACK	P	QL(2 EA diarios)
			ISENTRESS TABS	P	QL(2 EA diarios)
			JULUCA	P	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KALETRA SOLN	P	QL(480 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	PIFELTRO	P	QL(1 EA diarios)
KALETRA TABS 50 MG-200 MG (<i>Usar lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(6 EA diarios)	PREZCOBIX	P	QL(1 EA diarios)
KALETRA TABS 25 MG-100 MG (<i>Usar lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	PREZISTA SUSP	P	QL(12 ML diarios); ST
<i>lamivudine SOLN</i>	P	QL(30 ML diarios)	PREZISTA TABS 600 MG (<i>Usar darunavir</i>)	NP	QL(2 EA diarios); ST
<i>lamivudine TABS 150 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 EA diarios); ST
<i>lamivudine TABS 300 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 EA diarios); ST
<i>lamivudine-zidovudine</i>	P	QL(2 EA diarios)	PREZISTA TABS 800 MG (<i>Usar darunavir</i>)	NP	QL(1 EA diarios); ST
<i>lopinavir-ritonavir SOLN</i>	P	QL(480 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	RETROVIR CAPS (<i>Usar zidovudine</i>)	NP	QL(6 EA diarios)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	RETROVIR SYRP (<i>Usar zidovudine</i>)	NP	QL(60 ML diarios)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)	REYATAZ CAPS 200 MG (<i>Usar atazanavir sulfate</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	REYATAZ CAPS 300 MG (<i>Usar atazanavir sulfate</i>)	NP	
<i>maraviroc TABS 300 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	REYATAZ PACK	P	QL(6 EA diarios)
<i>nevirapine SUSP</i>	P	QL(40 ML diarios)	<i>rilpivirine hcl 25 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>nevirapine TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>ritonavir TABS</i>	P	QL(12 EA diarios)
<i>nevirapine TB24 400 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	RUKOBIA	P	PA
NORVIR TABS (<i>Usar ritonavir</i>)	NP	QL(12 EA diarios)	SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ML diarios)
ODEFSEY	P		SELZENTRY TABS 150 MG (<i>Usar maraviroc</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
			SELZENTRY TABS 300 MG (<i>Usar maraviroc</i>)	NP	QL(4 EA diarios)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STRIBILD	P	QL(1 EA diarios)
SYMFI (Usar efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 EA diarios)
SYMFI LO (Usar efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 EA diarios)
tenofovir disoproxil fumarate TABS	P	QL(1 EA diarios)
TIVICAY TABS 50 MG	P	QL(2 EA diarios)
TRIUMEQ TABS	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
TROGARZO	P	SP; PA
TRUVADA 200 MG-300 MG (Usar emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate)	P	QL(1 EA diarios)
TYBOST	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
VIRACEPT TABS 250 MG	P	QL(9 EA diarios)
VIRACEPT TABS 625 MG	P	QL(4 EA diarios)
VIREAD POWD	P	QL(240 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 EA diarios)
VIREAD TABS (Usar tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZIAGEN SOLN (Usar abacavir sulfate)	NP	QL(30 ML diarios)
zidovudine CAPS	P	QL(6 EA diarios)
zidovudine SYRP	P	QL(60 ML diarios)
zidovudine TABS	P	QL(2 EA diarios)
Combinaciones Antivirales		
PAXLOVID (150/100)	P	
PAXLOVID (300/100)	P	
Agentes CMV		
LIVTENCITY	P	SP; PA
PREVYMIS SOLN	P	SP; PA
PREVYMIS TABS	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
VALCYTE TABS (Usar valganciclovir hcl)	NP	QL(2 EA diarios)
valganciclovir hcl TABS	P	QL(2 EA diarios)
Agentes de hepatitis		
MAVYRET PACK	P	QL(6 EA diarios); SP; PA
MAVYRET TABS	P	QL(3 EA diarios); SP; PA
PEGASYS SOLN	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) CAPS	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG	P	SP; PA
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
SOVALDI TABS	P	SP; PA
VEMLIDY	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes de herpes		
<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>acyclovir TABS PO 800 MG</i>	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>acyclovir TABS PO 400 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>famciclovir</i>	P	
<i>valacyclovir hcl 1 GM</i>	P	QL(42 EA por 21 día(s) en farmacia minorista)
<i>valacyclovir hcl 500 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
VALTREX 500 MG (<i>Usar valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
VALTREX 1 GM (<i>Usar valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 EA por 21 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes de influenza		
<i>oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG</i>	P	QL(10 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo
<i>oseltamivir phosphate CAPS 30 MG</i>	P	QL(20 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo
<i>oseltamivir phosphate SUSR</i>	P	QL(120 ML por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RELENZA DISKHALER	P	QL(20 EA por surtido en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo; AL(AI menos 5 años de edad)	TAMIFLU SUSR (<i>Usar oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(120 ML por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo
TAMIFLU CAPS 30 MG (<i>Usar oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(20 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo	BLOQUEADORES BETA - Medicamentos para Tratar la Presión Arterial Alta		
TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (<i>Usar oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(10 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) en farmacia minorista; 1 surtido(s) máximo(s) por 180 día(s) por correo	Bloqueadores alfa-beta		
			<i>carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
			<i>carvedilol 25 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
			<i>carvedilol phosphate</i>	P	QL(1 EA diarios)
			COREG 25 MG (<i>Usar carvedilol</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
			COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (<i>Usar carvedilol</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
			COREG CR (<i>Usar carvedilol phosphate</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
			<i>labetalol hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
			<i>labetalol hcl TABS 200 MG, 400 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)
			<i>labetalol hcl TABS 300 MG</i>	P	QL(8 EA diarios)
			Bloqueadores beta cardiosselectivos		
			<i>acebutolol hcl CAPS</i>	P	
			<i>atenolol TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bisoprolol fumarate</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
LOPRESSOR TABS 100 MG (<i>Usar metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4.5 EA diarios)	<i>pindolol TABS</i>	P	
LOPRESSOR TABS 50 MG (<i>Usar metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	<i>propranolol hcl CP24</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	<i>propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>metoprolol succinate TB24 200 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>propranolol hcl TABS</i>	P	
<i>metoprolol tartrate TABS 100 MG</i>	P	QL(4.5 EA diarios)	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	<i>sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
TENORMIN TABS (<i>Usar atenolol</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	<i>sotalol hcl TABS 240 MG</i>	P	
TOPROL XL TB24 200 MG (<i>Usar metoprolol succinate</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	<i>timolol maleate TABS</i>	P	
TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (<i>Usar metoprolol succinate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para Tratar la Presión Arterial Alta		
Bloqueadores beta no selectivos			Bloqueadores de canal de calcio		
BETAPACE AF (<i>Usar sotalol hcl (afib/afl)</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	<i>amlodipine besylate TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (<i>Usar sotalol hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	CARDIZEM CD CP24 240 MG (<i>Usar diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (<i>Usar nadolol</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (<i>Usar diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
INDERAL LA CP24 (<i>Usar propranolol hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (<i>Usar diltiazem hcl</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
			<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
			<i>diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	VERAPAMIL HCL ER CP24 (<i>Usar verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>diltiazem hcl extended release beads 240 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>diltiazem hcl CP12</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>diltiazem hcl CP24 240 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>verapamil hcl TABS</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	<i>verapamil hcl TBCR</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>diltiazem hcl TABS</i>	P	QL(3 EA diarios)	VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (<i>Usar verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>felodipine</i>	P	QL(1 EA diarios)	VERELAN PM CP24 300 MG (<i>Usar verapamil hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>nicardipine hcl CAPS</i>	P		VERELAN CP24 (<i>Usar verapamil hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
<i>nifedipine CAPS</i>	P	QL(4 EA diarios)	CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para Tratar la Insuficiencia Cardíaca y el Ritmo Cardíaco Anormal		
<i>nifedipine TB24 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)	Glucósidos cardiacos		
<i>nifedipine TB24 60 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML</i>	P	
NORVASC TABS (<i>Usar amlodipine besylate</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG</i>	P	
PROCARDIA XL TB24 60 MG (<i>Usar nifedipine</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	LANOXIN SOLN IJ (<i>Usar digoxin</i>)	P	
PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (<i>Usar nifedipine</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (<i>Usar digoxin</i>)	P	
TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>Usar diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	AGENTES CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para Tratar Afecciones Cardíacas y Circulatorias		
TIAZAC 240 MG (<i>Usar diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(2 EA diarios)	Inhibidores de la Miosina Cardíaca		
			CAMZYOS	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes cardiovasculares varios - Combinaciones		
ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG, 26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (<i>Usar sacubitril-valsartan</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
<i>sacubitril-valsartan</i> TABS	P	QL(2 EA diarios)
Agentes para la Impotencia		
BI-MIX SOLR	P	PA
IFE-BIMIX 30/1 SOLN	P	PA
SUPER BI-MIX SOLR	P	PA
SUPER TRI-MIX SOLR	P	SP; PA
TRI-MIX SOLR	P	SP; PA
Vasodilatadores - Prostaglandinas		
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA
FLOLAN 1.5 MG (<i>Usar epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA
ORENITRAM TBCR	P	SP; PA
TYVASO REFILL KIT SOLN IN	P	SP; PA
TYVASO STARTER KIT SOLN IN	P	SP; PA
TYVASO SOLN IN	P	SP; PA
VELETRI (<i>Usar epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA
VENTAVIS IN	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - Antagonistas de receptores de endotelina		
<i>ambrisentan</i>	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
<i>bosentan</i> TABS	P	SP; PA
<i>bosentan</i> TBSO 32 MG	P	SP; PA
LETAIRIS (<i>Usar ambrisentan</i>)	NP	QL(1 EA diarios); SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRACLEER TABS (<i>Usar bosentan</i>)	NP	SP; PA
TRACLEER TBSO 32 MG (<i>Usar bosentan</i>)	NP	SP; PA
Hipertensión pulmonar - Inhibidores de fosfodiesterasa		
ADCIRCA TABS (<i>Usar tadalafil (hipertensión pulmonar)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SOLN (<i>Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SUSR (<i>Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO TABS (<i>Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i>)	NP	SP; PA
<i>sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i> SOLN	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i> SUSR	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)</i> TABS	P	SP; PA
<i>tadalafil (hipertensión pulmonar)</i> TABS	P	SP; PA
Hipertensión Pulmonar - Agonista del Receptor de Prostaciclina		
UPTRAVI TITRATION TBPK	P	SP; PA
UPTRAVI SOLR	P	SP; PA
UPTRAVI TABS	P	SP; PA
Hipertensión Pulmonar - Estimulador de la Guanilato Ciclasa Soluble		
ADEMPAS	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Estabilizadores de la Transtiretina		
VYNDAMAX	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
VYNDAREL	P	QL(4 EA diarios); SP; PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Cefalosporinas – 1. era generación		
<i>cefadroxil CAPS</i>	P	
<i>cefadroxil SUSR</i>	P	
<i>cefadroxil TABS</i>	P	
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas – 2. a generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 250 MG/5ML</i>	P	
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 12 años de edad)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
Cefalosporinas – 3. a generación		
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>cefixime CAPS</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 EA por dispensación en farmacia minorista)
SUSTANCIAS QUÍMICAS		
Sustancias Químicas a Granel - O		
OMEPRazole	P	PA
Sustancias Químicas a Granel - Ps		
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para Prevenir el Embarazo		
Combinación de anticonceptivos - Oral		
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico)</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (trifásico)</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (trifásico)</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 EA por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MIRCETTE (<i>Usar desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico)</i>)	NP		Combinación de anticonceptivos - Vaginal		
norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG	P		etonogestrel-ethinyl estradiol	P	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista)
norethindrone & eth estradiol	P		NUVARING (<i>Usar etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 EA por dispensación en farmacia minorista)
norethindrone & ethinyl estradiol-fe	P		Anticonceptivos de emergencia		
norethindrone acet & eth estra TABS	P		ELLA	P	QL(4 EA por 365 día(s) en farmacia minorista)
norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe	P		levonorgestrel (oc de emergencia) 1.5 MG	P	QL(1 EA por 21 día(s) en farmacia minorista)
norethindrone-eth estradiol (trifásico)	P		Anticonceptivos de progestina - Inyección		
norgestimate-ethinyl estradiol	P		DEPO-PROVERA SUSP IM (<i>Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)</i>)	NP	QL(1 ML por dispensación en farmacia minorista)
norgestimate-ethinyl estradiol (trifásico)	P		DEPO-PROVERA SUSY IM (<i>Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)</i>)	NP	QL(1 ML por dispensación en farmacia minorista)
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG	P	QL(2 EA diarios)	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por dispensación en farmacia minorista)
SEASONIQUE (<i>Usar levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días)</i>)	NP	QL(91 EA por dispensación en farmacia minorista)	medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSP IM	P	QL(1 ML por dispensación en farmacia minorista)
TYBLUME CHEW	P		medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSY IM	P	QL(1 ML por dispensación en farmacia minorista)
YASMIN 28 (<i>Usar drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	Combinación de anticonceptivos - Transdérmica		
YAZ (<i>Usar drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	norelgestromin-ethinyl estradiol	P	QL(3 EA por 28 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Anticonceptivos de progestina - Oral		
<i>norethindrone (anticonceptivo)</i>	P	
OPILL	P	
OPILL	NP	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos Hormonales Esteroideos para Tratar Afecciones de Hinchazón Sistémica		
Glucocorticosteroides		
CORTEF TABS (<i>Usar hydrocortisone</i>)	NP	
CORTISONE ACETATE TABS	P	
<i>deflazacort SUSP</i>	P	SP; PA
<i>deflazacort TABS</i>	P	SP; PA
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML</i>	P	QL(150 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML</i>	P	QL(150 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>dexamethasone ELIX</i>	P	
<i>dexamethasone SOLN</i>	P	
<i>dexamethasone TABS</i>	P	
EMFLAZA SUSP (<i>Usar deflazacort</i>)	NP	SP; PA
EMFLAZA TABS (<i>Usar deflazacort</i>)	NP	SP; PA
<i>hydrocortisone TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (<i>Usar methylprednisolone</i>)	NP	
MEDROL TBPK (<i>Usar methylprednisolone</i>)	NP	
<i>methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	
<i>methylprednisolone TBPK</i>	P	
PEDIAPRED SOLN (<i>Usar prednisolone sodium phosphate</i>)	NP	
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML</i>	P	
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>prednisolone SOLN</i>	P	
<i>prednisolone TABS</i>	P	
PREDNISON INTENSOL CONC	P	
<i>prednisone SOLN</i>	P	
<i>prednisone TABS</i>	P	
<i>prednisone TBPK</i>	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralcorticosteroides		
<i>fludrocortisone acetate TABS</i>	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para Tratar los Síntomas de Tos, Resfriado y Alergia		
Antitusivos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>benzonatate 100 MG</i>	P	AL(AI menos 10 años de edad - Hasta 21 años de edad)	Combinaciones para Tos/Resfrío/Alergia		
<i>benzonatate 200 MG</i>	P	QL(30 EA por 30 días en farmacia minorista); AL(AI menos 10 años de edad - Hasta 21 años de edad)	ALTARUSSIN-PE SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan polistirex SUER</i>	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
HYCODAN SOLN (Usar hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide)	NP	AL(AI menos 18 años de edad - Hasta 21 años de edad)	<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años de edad - Hasta 21 años de edad)	<i>brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(120 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
PEDIACARE CHILDRENS LONG-ACT LIQD 7.5 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	P	AL(Hasta 21 años de edad)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Usar dextromethorphan hbr)	NP	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Usar loratadine y pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)
			CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Usar loratadine y pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)	<i>guaifenesin-codeine SOLN</i>	P	AL(Al menos 18 años de edad - Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)	LOHIST-D LIQD	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>loratadine & pseudoephedrine TB12</i>	P	OTC; QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>loratadine & pseudoephedrine TB24</i>	P	OTC; QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML- 5 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)	MAXI-TUSS PE ELIX 5 MG/5ML-2 MG/5ML	P	OTC; QL(120 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (<i>Usar dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NF	
<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)	MUCINEX DM TB12 (<i>Usar dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)	NEOTUSS LIQD 200 MG/5ML-30 MG/5ML	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>promethazine w/codeine SYRP</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 18 año de edad - Hasta 21 años de edad)
<i>phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>promethazine-dm SYRP</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>phenylephrine-dm SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>phenylephrine-guaifenesin LIQD 5 MG/5ML-100 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>promethazine & phenylephrine SYRP</i>	P	QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>promethazine w/codeine SOLN</i>	P	QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 18 año de edad - Hasta 21 años de edad)	<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (<i>Usar guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)	MUCINEX TB12 (<i>Usar guaifenesin</i>)	NP	QL(40 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML- 30 MG/5ML- 10 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	Diversos Inhalantes respiratorios		
Expectorantes			NEBUSAL NEBU 3 % (<i>Usar sodium chloride (inhalador)</i>)	NP	
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>sodium chloride (inhalador)</i> AERS	P	OTC; QL(240 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>guaifenesin LIQD</i>	P	QL(240 ML por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>sodium chloride (inhalador)</i> NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	P	
<i>guaifenesin TB12 600 MG</i>	P	QL(40 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)	Mucolíticos		
<i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad)	<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
			DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para Tratar Afecciones de la Piel		
			Productos para el acné		
			ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Usar isotretinoin</i>)	NP	QL(2 EA diario); AL(AI menos 12 años de edad); PA
			BENZAC AC WASH LIQD 5 %	P	RX/OTC
			<i>benzoyl peroxide BAR</i>	P	
			<i>benzoyl peroxide GEL</i> 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
			<i>benzoyl peroxide LIQD</i> 4 %, 5 %, 10 %	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 %</i>	P	OTC
BENZOYL PEROXIDE LOTN 5 %, 10 %	P	OTC
CLEOCIN-T LOTN (<i>Usar clindamycin phosphate (tópico)</i>)	NP	
CLINDAGEL GEL (<i>Usar clindamycin phosphate (tópico)</i>)	NP	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>clindamycin phosphate (tópico) GEL</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>clindamycin phosphate (tópico) LOTN</i>	P	
<i>clindamycin phosphate (tópico) SOLN</i>	P	
<i>erythromycin (ayuda para el acné) GEL</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>erythromycin (ayuda para el acné) SOLN</i>	P	
<i>isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 EA diario); AL(AI menos 12 años de edad); PA
KLARON (<i>Usar sulfacetamide sodium (acné)</i>)	NP	
RETIN-A CREA (<i>Usar tretinoin</i>)	NP	QL(20 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 35 años de edad)
RETIN-A GEL 0.025 % (<i>Usar tretinoin</i>)	NP	AL(Hasta 35 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RETIN-A GEL 0.01 % (<i>Usar tretinoin</i>)	NP	QL(15 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 35 años de edad)
<i>sulfacetamide sodium (acné)</i>	P	
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %</i>	P	
<i>tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	P	QL(20 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 35 años de edad)
<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 35 años de edad)
<i>tretinoin GEL 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años de edad)
Antibiótico - Tópico		
<i>bacitracin (tópico) OINT</i>	P	OTC; QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>bacitracin zinc OINT</i>	P	OTC; QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>gentamicin sulfate (tópico) CREA</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)	<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>gentamicin sulfate (tópico) OINT</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)	<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>mupirocin calcium (tópico)</i>	P	QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)	<i>ketoconazole (tópico) CREA</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>mupirocin OINT</i>	P		<i>ketoconazole (tópico) SHAM 2 %</i>	P	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin OINT</i>	P	OTC; QL(454 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>LAMISIL AT ATHLETES FOOT CREA (Usar terbinafine hcl (tópico))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i>	P	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)	<i>LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Usar terbinafine hcl (tópico))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
Antimicóticos - Tópico			<i>LAMISIL AT CREA (Usar terbinafine hcl (tópico))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>clotrimazole (tópico) CREA</i>	P	QL(90 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC	<i>LOTTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Usar clotrimazole (tópico))</i>	NP	QL(90 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
<i>clotrimazole (tópico) SOLN</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC	<i>LOTTRIMIN AF CREA (Usar clotrimazole (tópico))</i>	NP	QL(90 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MICATIN CREA (<i>Usar miconazole nitrate (tópico)</i>)	NP	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>miconazole nitrate (tópico) CREA</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
NIZORAL SHAM	P	OTC
<i>nystatin (tópico) CREA</i>	P	QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>nystatin (tópico) OINT</i>	P	QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>nystatin (tópico) POWD EX</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>nystatin-triamcinolone CREA</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>nystatin-triamcinolone OINT</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>terbinafine hcl (tópico) CREA</i>	P	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
TINACTIN CREA (<i>Usar tolnaftate</i>)	NP	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tolnaftate CREA</i>	P	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
Antihistamínicos-Tópicos		
ITCH RELIEF CREA	P	OTC
Agentes antiinflamatorios - Tópicos		
<i>diclofenac sodium (tópico) GEL EX</i>	P	QL(6.68 GM diarios); 2 dispensaciones máximas por 30 día(s) retail; RX/OTC
Antineoplásicos o agentes de lesión premaligna - Tópicos		
<i>bexarotene (tópico)</i>	P	SP; PA
CARAC CREA (<i>Usar fluorouracil (tópico)</i>)	NP	
EFUDEX CREA (<i>Usar fluorouracil (tópico)</i>)	NP	QL(40 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>fluorouracil (tópico) CREA 5 %</i>	P	QL(40 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>fluorouracil (tópico) CREA 0.5 %</i>	P	
<i>fluorouracil (tópico) SOLN</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
TARGRETIN (<i>Usar bexarotene (tópico)</i>)	NP	SP; PA
VALCHLOR	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antipruriginosos - Tópicos		
<i>camphor & menthol LOTN</i>	P	OTC; QL(222 ML por dispensación en farmacia minorista)
Antipsoriásicos		
<i>calcipotriene CREA</i>	P	
<i>calcipotriene SOLN</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
OTULFI SOLN SC 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	NP	SP
PYZCHIVA SC 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
STEQEYMA	P	SP; PA
TALTZ SOAJ	P	SP; PA
TALTZ SOSY	P	SP; PA
<i>tazarotene CREA</i>	P	QL(2 GM diario); AL(Hasta 20 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tazarotene GEL</i>	P	QL(6.67 GM diario); AL(Hasta 20 años de edad)
TAZORAC CREA (<i>Usar tazarotene</i>)	NP	QL(2 GM diario); AL(Hasta 20 años de edad)
TAZORAC GEL (<i>Usar tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 GM diario); AL(Hasta 20 años de edad)
USTEKINUMAB-AAUZ SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
USTEKINUMAB-TTWE SC	P	SP; PA
YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
YESINTEK SOSY	P	SP; PA
Productos antiseborréicos		
OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Usar sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)
OVACE WASH LIQD (<i>Usar sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5 %</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>selenium sulfide LOTN 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>selenium sulfide SHAM 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (<i>Usar selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Usar selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Usar selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Usar selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
SELSUN BLUE LOTN (<i>Usar selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>sulfacetamide sodium LIQD</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antivirales - Tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
ZOVIRAX CREA (<i>Usar acyclovir tópico</i>)	NP	QL(5 GM por dispensación en farmacia minorista)
ZOVIRAX OINT (<i>Usar acyclovir tópico</i>)	NP	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
Productos para quemaduras		
SILVADENE (<i>Usar silver sulfadiazine</i>)	NP	
<i>silver sulfadiazine</i>	P	
Corticosteroides - Tópicos		
<i>betamethasone dipropionate (tópico) CREA</i>	P	1 paquete(s) por 30 día(s) en farmacia minorista
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>	P	QL(50 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>betamethasone valerate CREA</i>	P	
<i>betamethasone valerate LOTN</i>	P	
<i>betamethasone valerate OINT</i>	P	
<i>clobetasol propionate emollient base 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clobetasol propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
DERMA-SMOOTH/ FS SCALP OIL (Usar <i>fluocinolone acetonide</i>)	NP	QL(118.28 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>desonide CREA</i>	P	
<i>desonide OINT</i>	P	QL(2 GM diarios)
<i>desoximetasone CREA 0.25 %</i>	P	QL(2 GM diarios)
<i>desoximetasone CREA 0.05 %</i>	P	
<i>desoximetasone GEL</i>	P	QL(2 GM diarios)
<i>desoximetasone OINT 0.25 %</i>	P	QL(2 GM diarios)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 GM por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluocinolone acetonide OIL</i>	P	QL(118.28 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluocinonide emulsified base</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluocinonide CREA 0.05 %</i>	P	QL(150 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); 1 paquete(s) por surtido en farmacia minorista
<i>fluocinonide GEL</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluocinonide OINT</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluocinonide SOLN</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluticasone propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>fluticasone propionate OINT</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>hydrocortisone (tópico) CREA 0.5 %</i>	P	OTC
<i>hydrocortisone (tópico) CREA 2.5 %</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydrocortisone (tópico) CREA 1 %</i>	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC	TOPICORT OINT 0.25 % (<i>Usar desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM diarios)
<i>hydrocortisone (tópico) LOTN 1 %</i>	P	QL(453.6 GM por dispensación en farmacia minorista)	<i>triamcinolone acetonide (tópico) CREA</i>	P	
<i>hydrocortisone (tópico) LOTN 2.5 %</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>triamcinolone acetonide (tópico) LOTN</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>hydrocortisone (tópico) OINT 1 %, 2.5 %</i>	P	RX/OTC	<i>triamcinolone acetonide (tópico) OINT 0.1 %, 0.5 %</i>	P	
<i>hydrocortisone butyrate SOLN</i>	P		<i>triamcinolone acetonide (tópico) OINT 0.025 %</i>	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista)
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP		Agentes para el Eccema		
<i>mometasone furoate CREA</i>	P	QL(50 GM por dispensación en farmacia minorista)	ADBRY SOSY	P	SP; PA
<i>mometasone furoate OINT</i>	P	QL(45 GM por dispensación en farmacia minorista)	CIBINQO	P	SP; PA
<i>mometasone furoate SOLN</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	Agentes Emolientes/Queratolíticos		
TOPICORT CREA 0.25 % (<i>Usar desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM diarios)	GORDONS UREA CREA 40 %	P	RX/OTC
TOPICORT CREA 0.05 % (<i>Usar desoximetasone</i>)	NP		<i>urea CREA 40 %</i>	P	RX/OTC
TOPICORT GEL (<i>Usar desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM diarios)	UREA CREA	P	RX/OTC
			<i>urea LOTN 40 %</i>	P	
			UREDEB CREA 39 % (<i>Usar urea</i>)	NF	
			UREMEZ-40 CREA 40 % (<i>Usar urea</i>)	NP	RX/OTC
			Emolientes		
			EMOLLIENT LOTION-MISC	P	RX/OTC
			<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA</i>	P	QL(385 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %</i>	P	QL(1368 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
Agentes inmunomoduladores - Tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 EA por 180 día(s) en farmacia minorista)
Agentes inmunosupresores - Tópicos		
<i>ELIDEL (Usar pimecrolimus)</i>	NP	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad); PA
<i>pimecrolimus</i>	P	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad); PA
<i>tacrolimus (tópico) OINT 0.1 %</i>	P	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 16 años de edad); PA
<i>tacrolimus (tópico) OINT 0.03 %</i>	P	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 2 años de edad); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes Queratolíticos/Antimitóticos/Vesicantes		
<i>DERMACINRX SALICYLIC ACID GEL 6 %</i>	P	
<i>KERALYT GEL (Usar salicylic acid)</i>	NP	
<i>podofilox SOLN</i>	P	
<i>salicylic acid GEL 3 %</i>	P	OTC
<i>salicylic acid GEL 6 %</i>	P	
Anestésicos locales - Tópicos		
<i>capsaicin CREA 0.035 %</i>	P	OTC; QL(42.5 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>capsaicin CREA 0.1 %</i>	P	OTC; QL(43 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %</i>	P	OTC; QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>CAPZASIN-HP CREA (Usar capsaicin)</i>	NP	OTC; QL(43 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Usar capsaicin)</i>	NP	OTC; QL(42.5 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>CASTIVA WARMING LOTN</i>	P	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COLLAVERA GEL 2 %	P	AL(AI menos 21 años de edad); RX/OTC
DERMACINRX LIDOCAINE CREA 3 %	P	QL(453.6 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC
<i>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM diarios)
<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)
<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM diarios)
<i>lidocaine OINT 5 %</i>	P	QL(100 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); 1 paquete(s) por surtido en farmacia minorista
<i>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)
LIDOMAX GEL 2 %	P	AL(AI menos 21 años de edad); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LIDOPIN CREA 3 % (Usar <i>lidocaine hcl</i>)	NP	QL(453.6 GM por dispensación en farmacia minorista); RX/OTC
PREMIUM LIDOCAINE OINT 5 % (Usar <i>lidocaine</i>)	NP	QL(100 GM por 30 día(s) en farmacia minorista); 1 paquete(s) por surtido en farmacia minorista
PROXIVOL GEL 2 %	P	AL(AI menos 21 años de edad); RX/OTC
Diversos Tópico		
<i>diethyltoluamide (deet) LOTN 34.34 %</i>	P	OTC; QL(57 GM por dispensación en farmacia minorista; 114 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>diethyltoluamide (deet) LOTN 20 %, 40 %</i>	NP	
DRYSOL SOLN	P	
<i>lanolin (tópico) CREA</i>	P	OTC
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido en farmacia minorista, 340 gm por 30 días en farmacia minorista)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OFF DEEP WOODS DRY AERO	P	OTC;QL(113 gm por surtido en farmacia minorista, 226 gm por 30 días en farmacia minorista)	ELIMITE CREA (<i>Usar permethrin</i>)	NP	QL(360 GM por dispensación en farmacia minorista)
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO	P	OTC;QL(170 gm por surtido en farmacia minorista, 340 gm por 30 días en farmacia minorista)	EURAX CREA	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
zinc oxide (tópico) OINT 20 %	P	OTC; QL(500 GM por dispensación en farmacia minorista)	malathion	P	QL(59 ML por dispensación en farmacia minorista)
Agentes para rosácea			NATROBA (<i>Usar spinosad</i>)	NP	Min Age limit = 6 months; QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista; 240 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
METROCREAM CREA (<i>Usar metronidazole (tópico)</i>)	NP		OVIDE (<i>Usar malathion</i>)	NP	QL(59 ML por dispensación en farmacia minorista)
METROGEL GEL 1 % (<i>Usar metronidazole (tópico)</i>)	NF		permethrin CREA	P	QL(360 GM por dispensación en farmacia minorista)
metronidazole (tópico) CREA	P		PERMETHRIN CREA 5 % (<i>Usar permethrin</i>)	NP	QL(360 GM por dispensación en farmacia minorista)
metronidazole (tópico) GEL 0.75 %	P	QL(45 GM por dispensación en farmacia minorista)	permethrin LIQD EX	P	OTC
metronidazole (tópico) LOTN	P		pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %	P	OTC
Escabicidas y Pediculicidas					
crotamiton LOTN	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM</i> 4 %-0.33 %	P	OTC
SB LICE TREATMENT LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %, 1 %	P	OTC
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ML por 14 día(s) en farmacia minorista)
<i>spinosad</i>	P	Min Age limit = 6 months; QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista; 240 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	P	OTC
Productos de Alquitrán		
<i>coal tar extract SHAM</i> 0.5 %	P	OTC
Productos de cuidado para heridas		
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMANO) SHEET	P	SP; PA
APLIGRAF DISK	P	PA
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML	P	PA
EPICORD SHEE	P	PA
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT	P	PA
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+	P	PA
NOVACHOR	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED	P	PA
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED	P	PA
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS IJ 2 ML, 5 ML, 10 ML	P	PA
PROTEXT SUSP	P	PA
PURAPLY	P	PA
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
Medicamentos de Diagnóstico		
CORTROSYN SOLR (Usar <i>cosyntropin</i>)	NP	SP; PA
<i>cosyntropin</i> SOLR	P	SP; PA
THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA
Pruebas de Diagnóstico		
2SAN COVID-19 RAPID SELF TEST KIT	NP	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP	P	Clinical Edit: Test Strips; RX/OTC
ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP	
ASSURE TITANIUM STRP	NP	RX/OTC
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
BINAXNOW COVID-19 ANTIGEN SELF KIT	NP	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP	NP	RX/OTC
BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
CARESENS N GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
CARESENS S GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
CARETOUCH TEST STRP	NP	RX/OTC
CHEMSTRIP K STRP	P	OTC; QL(6.67 EA diarios; 100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 100 EA por 30 días por correo)
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT	NP	
CONTOUR PLUS TEST STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT	NP	
CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
FORA 6 CONNECT/ GTEL TEST STRP	NP	RX/OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 EA diarios)
FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON	P	OTC; QL(1 EA diarios)
FORA TN'G ADVANCE PRO STRP	NP	RX/OTC
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT	NP	
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GOJJI BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 EA diarios)
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT	NP	
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP	NP	RX/OTC
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT	NP	
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 EA diarios; 100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 100 EA por 30 días por correo)
KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 EA diarios; 100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 100 EA por 30 días por correo)
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
NOVA MAX PLUS KETONE TEST	P	OTC; QL(1 EA diarios)
OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT	NP	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP	NP	Clinical Edit: Test Strips; RX/OTC
ONETOUCH ULTRA TEST STRP	NP	Clinical Edit: Test Strips; RX/OTC
ONETOUCH ULTRA STRP	NP	Clinical Edit: Test Strips; RX/OTC
ONETOUCH VERIO STRP	NP	Clinical Edit: Test Strips; RX/OTC
ONETOUCH VERIO STRP	NP	RX/OTC
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
PRECISION XTRA KETONE	P	OTC; QL(1 EA diarios)
PTS PANELS EGLU TEST STRP	NP	RX/OTC
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RELION KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 EA diarios; 100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 100 EA por 30 días por correo)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT	NP	
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
TRUENESS BLOOD GLUCOSE STRIPS STRP	NP	RX/OTC
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
AUXILIARES DIGESTIVOS - Medicamentos para Tratar Niveles Bajos de Enzimas Digestivas		
Enzimas digestivas		
CREON CPEP	P	Smart PA
DIURÉTICOS - Medicamentos para Tratar Afecciones Cardíacas, Circulatorias y la Presión Arterial		
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
acetazolamide CP12	P	
acetazolamide TABS	P	
dichlorphenamide	P	SP; PA
KEVEYIS (Usar dichlorphenamide)	NP	SP; PA
methazolamide TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones diuréticas		
amiloride & hydrochlorothiazide	P	QL(1 EA diarios)
spironolactone & hydrochlorothiazide	P	
triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG	P	
triamterene & hydrochlorothiazide TABS	P	
Diuréticos de asa		
bumetanide TABS	P	
BUMEX TABS 0.5 MG (Usar bumetanide)	NP	
furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML	P	
furosemide TABS	P	
LASIX TABS (Usar furosemide)	NP	
SOAANZ TABS 20 MG	NP	QL(1 EA diarios)
torsemide TABS	P	QL(1 EA diarios)
Diuréticos ahorradores de potasio		
ALDACTONE TABS (Usar spironolactone)	NP	
amiloride hcl TABS	P	QL(4 EA diarios)
spironolactone TABS	P	
Tiazidas y diuréticos similares a la tiazida		
chlorthalidone 25 MG, 50 MG	P	
hydrochlorothiazide CAPS	P	
hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG	P	

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>	P	
<i>metolazone</i>	P	
AGENTES METABÓLICOS Y ENDOCRINOS - VARIOS - Medicamentos para Tratar Enfermedades Óseas y Regular las Hormonas		
Inhibidores de Esteroides Suprarrenales		
ISTURISA 1 MG, 5 MG	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de densidad del hueso		
ACTONEL TABS 35 MG (Usar <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 EA por dispensación en farmacia minorista); PA
<i>alendronate sodium SOLN</i>	P	QL(10.8 ML diarios)
<i>alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG</i>	P	QL(0.15 EA diarios)
<i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
ATELVIA TBEC (Usar <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML	NP	
<i>calcitonin (salmon) IJ</i>	P	QL(2 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	1 package(s) per fill retail
EVENITY	P	SP; PA
FORTEO SOPN (Usar <i>teriparatide</i>)	NP	
FOSAMAX TABS 70 MG (Usar <i>alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA
MIACALCIN IJ (Usar <i>calcitonin (salmon)</i>)	NP	QL(2 ML por dispensación en farmacia minorista)
NATPARA	P	PA
<i>pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML</i>	P	SP; PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA
PROLIA SOSY	P	SP; PA
RECLAST SOLN (Usar <i>zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 EA por dispensación en farmacia minorista); PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
<i>teriparatide SOPN</i>	P	PA
TERIPARATIDE SOPN	NP	
<i>zoledronic acid CONC</i>	P	SP; PA
<i>zoledronic acid SOLN 5 MG/100ML</i>	P	SP; PA
ZOLEDRONIC ACID SOLN	P	SP; PA
Reguladores de la fertilidad		
CHORIONIC GONADOTROPIN IM	P	PA
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA	LUPRON DEPOT-PED (1 MES)	P	SP; PA
GONAL-F SOLR IJ 450 UNIT	P	PA	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	P	SP; PA
MENOPUR SC	P	PA	SUPPRELIN LA	P	SP; PA
NOVAREL IM 5000 UNIT	P	PA	SYNAREL	P	SP; PA
OVIDREL SOSY	P	PA	TRIPTODUR	P	SP; PA
PREGNYL IM	P	PA	Modificadores metabólicos		
Antagonistas de GnRH/LHRH			ALDURAZYME	P	SP; PA
<i>cetrorelix acetate</i>	P	PA	<i>betaine</i>	P	SP; PA
CETROTIDE (<i>Usar cetrorelix acetate</i>)	NP	PA	BRINEURA	P	SP; PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA	BUPHENYL POWD (<i>Usar sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
GANIRELIX ACETATE (<i>Usar ganirelix acetate</i>)	NP	PA	BUPHENYL TABS (<i>Usar sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
Hormonas de crecimiento			<i>calcitriol CAPS</i>	P	
NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA	CARBAGLU (<i>Usar carglumic acid</i>)	NP	SP; PA
OMNITROPE SOCT	P	SP; PA	<i>carglumic acid</i>	P	SP; PA
OMNITROPE SOLR SC	P	SP; PA	CARNITOR SF SOLN PO (<i>Usar levocarnitine (modificadores metabólicos)</i>)	NP	QL(30 ML diarios)
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (<i>Usar levocarnitine (modificadores metabólicos)</i>)	NP	QL(30 ML diarios)
Moduladores del receptor hormonal			CARNITOR TABS (<i>Usar levocarnitine (modificadores metabólicos)</i>)	NP	QL(3 EA diarios)
EVISTA (<i>Usar raloxifene hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	<i>cinacalcet hcl</i>	P	SP; PA
<i>raloxifene hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)	CYSTADANE (<i>Usar betaine</i>)	NP	SP; PA
Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Similar a la Insulina					
TEPEZZA	P	SP; PA			
Factores de crecimiento similar a la insulina (somatomedinas)					
INCRELEX	P	SP; PA			
LHRH/GnRH Supresores Hipofisarios Análogos de Agonistas					
FENSOLVI (6 MESES) SC	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ELAPRASE	P	SP; PA
GALAFOLD	P	QL(0.5 EA diarios); SP; PA
KANUMA	P	SP; PA
KUVAN PACK (Usar <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
KUVAN TABS (Usar <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
<i>levocarnitine</i> (modificadores metabólicos) SOLN PO 1 GM/10ML	P	QL(30 ML diarios)
<i>levocarnitine</i> (modificadores metabólicos) TABS	P	QL(3 EA diarios)
LUMIZYME	P	SP; PA
MEPSEVII	P	SP; PA
MYALEPT	P	SP; PA
NAGLAZYME	P	SP; PA
NEXVIAZYME	P	SP; PA
<i>nitisinone</i> CAPS	P	SP; PA
NITYR TABS	P	SP; PA
NULIBRY	P	SP; PA
ORFADIN CAPS (Usar <i>nitisinone</i>)	NP	SP; PA
ORFADIN SUSP	P	SP; PA
PALYNZIQ	P	SP; PA
<i>paricalcitol</i> SOLN	P	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA
REVCovi	P	SP; PA
ROCALtrol CAPS (Usar <i>calcitriol</i>)	NP	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>sapropterin dihydrochloride</i> TABS	P	SP; PA
SENSIPAR (Usar <i>cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD	P	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> TABS	P	SP; PA
STRENSIQ	P	SP; PA
VIMIZIM	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA
ZEMPLAR SOLN (Usar <i>paricalcitol</i>)	NP	SP; PA
Hormonas de hipófisis posterior		
DDAVP PF SOLN IJ (Usar <i>desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Usar <i>desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
DDAVP TABS (Usar <i>desmopressin acetate</i>)	NP	QL(6 EA diarios)
<i>desmopressin acetate</i> spray	P	QL(5 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>desmopressin acetate</i> spray refrigerated 0.01 %	P	QL(5 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>desmopressin acetate</i> SOLN IJ	P	SP; PA
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA
<i>desmopressin acetate</i> TABS	P	QL(6 EA diarios)
Agentes de somatostatina		
<i>octreotide acetate</i> KIT	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>octreotide acetate SOLN</i>	P	SP; PA	PREMPHASE	P	
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (<i>Usar octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA	PREMPRO	P	
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (<i>Usar octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA	Estrógenos		
SIGNIFOR	P	SP; PA	ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	P	QL(8 EA por dispensación en farmacia minorista)
Antagonistas del receptor de vasopresina			CLIMARA PTWK 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>Usar estradiol</i>)	NP	QL(4 EA por dispensación en farmacia minorista)
JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (<i>Usar tol vaptan</i>)	NP	SP; PA	ESTRACE TABS (<i>Usar estradiol</i>)	NP	
JYNARQUE TBPK 15 MG (<i>Usar tol vaptan</i>)	NP	SP; PA	<i>estradiol PTTW</i>	P	QL(8 EA por dispensación en farmacia minorista)
SAMSCA TABS PO (<i>Usar tol vaptan (hiponatremia)</i>)	NP	SP; PA	<i>estradiol PTWK</i>	P	QL(4 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>tol vaptan (hiponatremia) TABS PO 15 MG, 30 MG</i>	P	SP; PA	<i>estradiol TABS</i>	P	
<i>tol vaptan TABS</i>	P	SP; PA	<i>estrogens, conjugated TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>tol vaptan TBPK 15 MG</i>	P	SP; PA	MINIVELLE PTTW (<i>Usar estradiol</i>)	NP	QL(8 EA por dispensación en farmacia minorista)
ESTRÓGENOS - Medicamentos de Reemplazo/ Modificación Hormonal			PREMARIN TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>Usar estrógenos, conjugados</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
Combinaciones de estrógenos					
ACTIVELLA TABS 1 MG- 0.5 MG (<i>Usar estradiol y norethindrone acetate</i>)	NP	QL(1 EA diarios)			
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 EA por 28 día(s) en farmacia minorista)			
<i>estradiol & norethindrone acetate TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)			
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P				

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VIVELLE-DOT PTTW (Usar estradiol)	NP	QL(8 EA por dispensación en farmacia minorista)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Usar <i>ciprofloxacin hcl</i>)	NP	
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 EA diario; 14 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>ofloxacin 400 MG</i>	P	QL(56 EA por dispensación en farmacia minorista)
AGENTES GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos Gastrointestinales Diversos		
Antiflatulentos		
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML	P	OTC; QL(31 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>simethicone CHEW 80 MG</i>	P	OTC
<i>simethicone LIQD PO</i>	P	OTC; QL(31 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>simethicone SUSP</i>	P	OTC; QL(31 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Agentes para Trastornos de la Síntesis de Ácidos Biliares		
CTEXLI TABS PO 250 MG	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)		
OALIVA	P	QL(1 EA diarios); SP; PA
Agentes solubilizantes para cálculos biliares		
<i>chenodiol</i>	P	SP; PA
URSO 250 TABS (Usar <i>ursodiol</i>)	NP	QL(7 EA diarios)
<i>ursodiol CAPS</i>	P	
<i>ursodiol TABS 250 MG</i>	P	QL(7 EA diarios)
Activadores gastrointestinales del canal de cloro		
AMITIZA (Usar <i>lubiprostone</i>)	NP	PA
<i>lubiprostone</i>	P	PA
Estimulantes gastrointestinales		
GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA
<i>metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML</i>	P	
<i>metoclopramide hcl TABS</i>	P	
REGLAN TABS (Usar <i>metoclopramide hcl</i>)	NP	
Inhibidores del Transportador de Ácidos Biliares Ileaes (IBAT)		
BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
BYLVAY CAPS	P	SP; PA
LIVMARLI	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes para intestinos inflamados		
APRISO CP24 (<i>Usar mesalamine</i>)	NP	
AVSOLA	P	SP; PA
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (<i>Usar sulfasalazine</i>)	NP	
AZULFIDINE TABS (<i>Usar sulfasalazine</i>)	NP	
<i>balsalazide disodium CAPS</i>	P	QL(9 EA diarios)
COLAZAL CAPS (<i>Usar balsalazide disodium</i>)	NP	QL(9 EA diarios)
DELZICOL CPDR (<i>Usar mesalamine</i>)	NP	
LIALDA TBEC (<i>Usar mesalamine</i>)	NP	
<i>mesalamine CP24</i>	P	
<i>mesalamine CPDR</i>	P	
<i>mesalamine ENEM</i>	P	QL(60 ML diarios)
<i>mesalamine TBEC</i>	P	
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STEQEYMA	P	SP; PA
<i>sulfasalazine TABS</i>	P	
<i>sulfasalazine TBEC</i>	P	
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
Acidificantes intestinales		
<i>lactulose (encefalopatía)</i>	P	
Agentes aglutinantes de fosfato		
<i>calcium acetate (aglutinante de fosfato) CAPS</i>	P	
Agentes para el Síndrome del Intestino Corto (SBS)		
GATTEX	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Inhibidores de la Triptófano Hidroxilasa		
XERMELO	P	SP; PA
AGENTES GENITOURINARIOS - DIVERSOS - Medicamentos Diversos para Tratar los Órganos Reproductores y el Sistema Urinario		
Alcalinizantes		
<i>potassium citrate (alcalinizante) TBCR</i>	P	
<i>sodium citrate & citric acid</i>	NP	RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid</i>	P	QL(500 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
UROCIT-K 10 TBCR (<i>Usar potassium citrate (alcalinizante)</i>)	NP	
UROCIT-K 5 TBCR (<i>Usar potassium citrate (alcalinizante)</i>)	NP	
Agentes para cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
ARGYLE STERILE SALINE 0.9 % (<i>Usar sodium chloride (irrigante para la encía)</i>)	NP	
CURITY STERILE SALINE 0.9 % (<i>Usar sodium chloride (irrigante para la encía)</i>)	NP	
<i>sodium chloride (irrigante genitourinario) 0.9 %</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes para la Hiperoxaluria			Uricosúricos		
OXLUMO	P	SP; PA	<i>probenecid</i>	P	
Agentes para hipertrofia prostática			AGENTES HEMATOLÓGICOS - VARIOS		
<i>finasteride</i>	P	QL(1 EA diarios)	Medicamentos para Tratar los Trastornos Sanguíneos		
PROSCAR (<i>Usar finasteride</i>)	NP	QL(1 EA diarios)	Productos Antihemofílicos		
<i>tamsulosin hcl</i>	P	QL(2 EA diarios)	ADVATE	P	SP; PA
Analgésicos urinarios			ADYNOVATE	P	SP; PA
<i>phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG</i>	P		AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT	P	SP; PA
PHENAZOPYRIDINE HCL TABS 100 MG, 200 MG	P		ALPHANATE SOLR	P	SP; PA
PYRIDIDIUM TABS (<i>Usar phenazopyridine hcl</i>)	NP		ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT	P	SP; PA
Agentes para los Cálculos Urinarios			ALPROLIX	P	SP; PA
THIOLA EC TBEC (<i>Usar tiopronin</i>)	NP	SP; PA	BENEFIX KIT	P	SP; PA
THIOLA TABS (<i>Usar tiopronin</i>)	NP	SP; PA	COAGADEX	P	SP; PA
<i>tiopronin TABS</i>	P	SP; PA	CORIFACT	P	SP; PA
<i>tiopronin TBEC</i>	P	SP; PA	ELOCTATE	P	SP; PA
Agentes para el Reflujo Vesicoureteral (VUR)			ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT	P	SP; PA
DEFLUX	P	SP; PA	FEIBA	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA LA GOTA -			FIBRYGA	P	SP; PA
Medicamentos para Tratar la Gota			HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML	P	SP; PA
Combinaciones de agentes para gota			HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT	P	SP; PA
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P		HUMATE-P SOLR	P	SP; PA
Agentes para gota			IDELVION	P	SP; PA
<i>allopurinol 100 MG, 300 MG</i>	P		IXINITY SOLR	P	SP; PA
<i>colchicine TABS</i>	P	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)	JIVI	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KCENTRA	P	SP; PA
KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT	P	SP; PA
KOATE SOLR	P	SP; PA
KOGENATE FS KIT	P	SP; PA
KOVALTRY	P	SP; PA
NOVOSEVEN RT	P	SP; PA
NUWIQ KIT	P	SP; PA
NUWIQ SOLR	P	SP; PA
OBIZUR	P	SP; PA
PROFILNINE	P	SP; PA
REBINYN	P	SP; PA
RECOMBINATE SOLR	P	SP; PA
RIASTAP	P	SP; PA
RIXUBIS SOLR	P	SP; PA
SEVENFACT	P	SP; PA
TRETTEN	P	SP; PA
VONVENDI	P	SP; PA
WILATE KIT	P	SP; PA
XYNTHA	P	SP; PA
XYNTHA SOLOFUSE	P	SP; PA
Antagonistas de receptor de bradicinina B2		
FIRAZYR SOSY (<i>Usar icatibant acetate</i>)	NP	SP; PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY	P	SP; PA
Inhibidores del Complemento		
BERINERT KIT	P	SP; PA
CINRYZE SOLR IV	P	SP; PA
ENJAYMO	P	SP; PA
HAEGARDA SOLR SC	P	SP; PA
RUCONEST	P	SP; PA
TAVNEOS	P	SP; PA
Agentes hemorreológicos		
<i>pentoxifylline</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Hemina		
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA
Proteína C Humana		
CEPROTIN	P	SP; PA
Inhibidores de la Calicreína Plasmática		
KALBITOR	P	SP; PA
ORLADEYO	P	SP; PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA
Proteínas Plasmáticas		
RYPLAZIM	P	SP; PA
THROMBATE III 500 UNIT	P	SP; PA
Inhibidores de agregación plaquetaria		
BRILINTA 60 MG, 90 MG (<i>Usar ticagrelor</i>)	NP	QL(2 EA diarios)
CABLIVI	P	SP; PA
<i>cilostazol</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>clopidogrel bisulfate</i> 75 MG	P	
<i>dipyridamole</i>	P	
EFFIENT (<i>Usar prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios)
PLAVIX 75 MG (<i>Usar clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>ticagrelor</i> 60 MG, 90 MG	P	QL(2 EA diarios)
Activadores de la Piruvato Quinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPK	P	SP; PA
PYRUKYND TABS	P	SP; PA
Agente Trombolítico - Varios		
DEFITELIO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para Tratar Trastornos de la Sangre		
Agentes para la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA
CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>miglustat</i>	P	SP; PA
ZAVESCA (<i>Usar miglustat</i>)	NP	SP; PA
Agentes para Enfermedad de Células Falciformes		
DROXIA CAPS	P	
ENDARI (<i>Usar glutamine (en caso de anemia falciforme)</i>)	NP	SP; PA
<i>glutamine (en caso de anemia falciforme)</i>	P	SP; PA
OXBRYTA TABS 500 MG	P	PA
OXBRYTA TBSO	P	PA
SIKLOS TABS	P	PA
Cobalaminas		
<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ML por 270 día(s) en farmacia minorista)
Ácido fólico/Folatos		
<i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
Factores de crecimiento hematopoyéticos		
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
RETACRIT	P	SP; PA
ZARXIO	P	SP; PA
Mezclas Hematopoyéticas		
<i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HEMATINIC PLUS VIT/ MINERALS TABS	P	QL(1 EA diarios)
Hierro		
FERRETT'S TABS	P	OTC; QL(2 EA diarios)
<i>ferrous fumarate TABS</i>	P	OTC; QL(2 EA diarios)
<i>ferrous gluconate TABS 324 MG</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 50 años de edad)
<i>ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 ML diarios)
<i>ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años de edad)
<i>ferrous sulfate TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años de edad)
<i>ferrous sulfate TBEC</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años de edad)
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	P	OTC
IRON TABS 28 MG	P	OTC
<i>polysaccharide iron complex CAPS</i>	P	QL(1 EA diarios)
Movilizadores de células madre		
MOZOBIL (<i>Usar plerixafor</i>)	NP	SP; PA
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para Detener el Sangrado/Tratar los Trastornos Sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
<i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML</i>	P	QL(236.5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); SP
<i>aminocaproic acid TABS 500 MG</i>	P	QL(24 EA por dispensación en farmacia minorista); SP
<i>aminocaproic acid TABS 1000 MG</i>	P	SP; PA
<i>tranexamic acid TABS</i>	P	QL(30 EA por 7 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Hipnóticos Antihistamínicos		
<i>diphenhydramine hcl (sueño) CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sueño) TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>diphenhydramine hcl (sueño) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<i>doxylamine succinate (sueño)</i>	P	OTC
<i>UNISOM SLEEPGELS CAPS (Usar diphenhydramine hcl (sueño))</i>	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital ELIX</i>	P	
<i>phenobarbital TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Hipnóticos no barbitúricos		
<i>AMBIEN TABS (Usar zolpidem tartrate)</i>	NP	QL(14 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 21 años de edad)
<i>flurazepam hcl</i>	P	AL(AI menos 18 años de edad - Hasta 65 años de edad)
<i>HALCION 0.25 MG (Usar triazolam)</i>	NP	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>midazolam hcl SOLN IJ</i>	P	
<i>MIDAZOLAM HCL SOLN IJ</i>	P	
<i>RESTORIL 15 MG, 30 MG (Usar temazepam)</i>	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>temazepam 15 MG, 30 MG</i>	P	AL(AI menos 18 años)
<i>triazolam</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>zaleplon 10 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
<i>zaleplon 5 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>zolpidem tartrate TABS</i>	P	QL(14 EA por 31 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 21 años de edad)	<i>sodium phosphate monobasic-sodium phosphate dibasic PR 19 GM/118ML-7 GM/118ML, 19 GM/197ML-7 GM/197ML, 6 GM/133ML- 16 GM/133ML, 7 GM/118ML-19 GM/118ML, 9.5 GM/59ML-3.5 GM/59ML</i>	P	OTC
LAXANTES - Medicamentos para el Tratamiento Intestinal			Combinaciones de laxantes		
Laxantes de Masa			GOLYTELY SOLR (Usar peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate)		
<i>calcium polycarbophil TABS</i>	P	OTC; QL(10 EA diarios)		NP	QL(4000 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>psyllium CAPS 0.36 GM, 0.52 GM</i>	P	OTC			
<i>psyllium POWD 43 %</i>	P				
<i>psyllium POWD 43 %</i>	NP		<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR</i>	P	QL(4000 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 58.6 %, 100 %</i>	P	OTC			
<i>SB FIB LAX ORANGE POWD 30 %, 33 %</i>	P	OTC	<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	P	QL(4000 ML por dispensación en farmacia minorista)
Laxantes Osmóticos a Base de Electrolitos					
<i>FLEET ENEMA PR (Usar sodium phosphate monobásico-sodium phosphate dibásico)</i>	NP	OTC	<i>PEG-PREP</i>	P	
<i>magnesium citrate 1.745 GM/30ML</i>	P	OTC	<i>sennosides-docusate sodium TABS</i>	P	OTC; QL(4 EA diarios)
<i>magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML</i>	P	OTC; QL(992 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>	P	
			<i>SUPREP BOWEL PREP KIT (Usar sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate)</i>	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Laxantes - Varios		
<i>glycerin (laxante) SUPP 2 GM</i>	P	OTC
<i>lactulose SOLN</i>	P	
MIRALAX POWD (<i>Usar polyethylene glycol 3350</i>)	NP	QL(34 EA diarios)
<i>polyethylene glycol 3350 POWD</i>	P	QL(34 GM diarios)
SORBITOL PO 70 %	P	OTC
Laxantes Estimulantes		
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>bisacodyl TBEC</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)
DULCOLAX TBEC (<i>Usar bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>sennosides TABS 8.6 MG</i>	P	OTC; QL(12 EA por dispensación en farmacia minorista)
Laxantes Surfactantes		
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 EA diarios)
<i>docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML</i>	P	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRP	P	OTC
<i>docusate sodium TABS</i>	P	OTC
MACRÓLIDOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Azithromycin		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>azithromycin SUSR</i>	P	
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 EA por 28 día(s) en farmacia minorista)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
ZITHROMAX Z-PAK TABS (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)
ZITHROMAX PACK	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
ZITHROMAX SUSR (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	
ZITHROMAX TABS 250 MG (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)
ZITHROMAX TABS 500 MG (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
Claritromicina		
<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 EA por dispensación en farmacia minorista)
Eritromicinas		
E.E.S. GRANULES SUSR (<i>Usar erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
ERYPED 200 SUSR (<i>Usar erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
ERYPED 400 SUSR (<i>Usar erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
<i>erythromycin base CPEP</i>	P	
<i>erythromycin base TABS</i>	P	
<i>erythromycin base TBEC</i>	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P	
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Vendajes-Apósitos-Cinta Adhesiva		
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Anticonceptivos		
CONDOMS-MISC	P	QL (36 ea por 30 día(s) en farmacia minorista); OTC
Suministros para Diabéticos		
ACCU-CHEK AVIVA SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 365 días por correo); RX/OTC
ACCU-CHEK GUIDE KIT	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 365 días por correo); RX/OTC
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ADVANCE MICRO-DRAW CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ADVANCE MICRO-DRAW NORMAL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2 SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE II CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE II CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
AGAMATRIX CONTROL NORMAL/HIGH SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ASSURE 3 CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
			BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BLULINK CONTROL HIGH & LOW LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	COOL CONTROL A SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
CARESENS CONTROL A SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	COOL CONTROL B SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
CARESENS CONTROL SOLUTION A/B SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	DEXCOM G6 RECEIVER	NP	
CARESENS N PLUS BT KIT	NP	RX/OTC	DEXCOM G7 15 DAY SENSOR	NP	
CARESENS S CONTROL SOLN A/B LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	DEXCOM G7 RECEIVER	NP	
CARETOUCH CONTROL SOL LEVEL 2 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	DEXCOM G7 SENSOR	NP	
CONTOUR NEXT EZ KIT	NP	RX/OTC	DIATHRIVE GLUCOSE CONTROL SOLN LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT	NP	RX/OTC	DUO-CARE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
CONTOUR NEXT ONE KIT	NP	RX/OTC	EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
CONTOUR PLUS BLUE KIT	NP	RX/OTC	EASY TOUCH CONTROL HIGH & LOW SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
CONTOUR PLUS CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
EASY TOUCH HEALTHPRO HIGH/ LOW LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER	NP	
EASYMAX 15 LEVEL 2 CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	NP	
EASYMAX 15 LEVEL 2-3 CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONIT KIT	NP	RX/OTC
EASYMAX CONTROL NORMAL/HIGH LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ELEMENT COMPACT CONTROL 2 SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA
ELEMENT COMPACT CONTROL 3 SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	P	QL(2 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
EMBRACE PRO GLUCOSE CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	P	QL(2 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
			FREESTYLE LIBRE 2 READER	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA
			FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	P	QL(2 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
			FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	P	QL(2 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
			FREESTYLE LIBRE 3 READER	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	P	QL(2 EA por 28 día(s) en farmacia minorista); PA
FREESTYLE LIBRE READER	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA
FREESTYLE LITE KIT	NP	RX/OTC
GLUCOCARD 01 CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP	
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED	NP	
IHEALTH CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
IN TOUCH GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
KROGER HEALTHPRO CONTROL HI/LO LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
LANCETS-MISC	P	QL(6.67 ea diarios); OTC
LANCING DEVICE-MISC	P	OTC
LIBERTY GLUCOSE CONTROL MID SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	P	QL(1 EA por 900 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 900 días por correo); PA
MEDISENSE HI/MID/ LOW CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 MISC	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 30 días por correo); PA
MICRODOT CONTROL HIGH/LOW SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	P	QL(1 EA por 900 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 900 días por correo); PA
MINIMED INSTINCT GLUC SENSOR	NP		OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISC	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 30 días por correo); PA
MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISC	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 30 días por correo); PA
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT	NP		OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	P	QL(1 EA por 900 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 900 días por correo); PA
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	P	QL(1 EA por 900 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 900 días por correo); PA
NEUTEK 2TEK CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISC	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 30 días por correo); PA
NOVA MAX PLUS GLU/ KET CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OMNIPOD POD PALS	P	QL(10 EA por 30 día(s) en farmacia minorista; 10 EA por 30 días por correo)
ONETOUCH ULTRA 2 KIT	NP	RX/OTC
ONETOUCH ULTRA CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	NP	RX/OTC
ONETOUCH VERIO LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT KIT	NP	
POCKETCHEM EZ CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
PRECISION GLUCOSE KETONE CONTR LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC
QUICKTEK CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
QUINTET CONTROL HIGH/NORMAL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
SIMPLERA SENSOR	NP	
SIMPLERA SYNC SENSOR	NP	
SIMPLERA SYSTEM	NP	
SMARTTEST CONTROL MEDIUM SOLN	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
SUPREME II HIGH/ LOW CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)
TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 0 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 1 LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TWIST STARTER KIT KIT	NP		DROPLET PEN NEEDLES	NP	
VERASENS GLUCOSE CONTROL LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	NP	RX/OTC
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 EA por 90 día(s) en farmacia minorista; 1 EA por 90 días por correo)	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	P	QL(5 EA diarios)
Diversos Dispositivos			EASY COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC	EMBECTA AUTOSHIELD DUO	P	RX/OTC
Suministros Ópticos y Oftálmicos			EMBECTA PEN NEEDLE NANO	NP	RX/OTC
SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA	EMBECTA PEN NEEDLE NANO	P	RX/OTC
Suministros para Terapia Parenteral			EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	P	RX/OTC
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	NP	RX/OTC
AQINJECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	P	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	NP	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	EMBRACE PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	GNP PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	INSULIN SYRINGES	P	QL (5 ea diarios); OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 ea diarios); OTC	INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 ea diarios); RX/OTC
			INSUPEN PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
			INSUPEN32G EXTR3ME	NP	
			PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	NP	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
UNIFINE PENTIPS	NP	RX/OTC
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
Suministros para la terapia respiratoria		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
ADULT DISPOSABLE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC	P	QL(1 ML por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ASSESS PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	DISPOSABLE FULL RANGE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	EASY FLOW HEPA FILTER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
DISPOSABLE LOW RANGE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	EASY NEB NEBULIZER FILTERS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
DISPOSABLE PAPER MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	EBASE CONTROLLER KIT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
EASY AIR NEBULIZER FILTERS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
EASY FLOW 300 MM HOSE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
EASY FLOW 400 MM HOSE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
EASY FLOW AIR NOZZLE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
FONDCIRCLE ELECTRONIC PEAK FLO	P	RX/OTC
FULL KIT NEBULIZER SET MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
LITETOUCH MASK LARGE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
LITETOUCH MASK SMALL MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
LUNG PERFORM PEAK FLOW METER	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MASK VORTEX/CHILD/ FROG	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
MASK VORTEX/ TODDLER/LADYBUG	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW	P	RX/OTC
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
NEBULIZER AIR TUBE/ PLUGS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
NEBULIZER MASK ADULT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
NEBULIZER MASK CHILD MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PANDA MASK SMALL	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
NOSE CLIP MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI BABY CONVERSION KIT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ONE FLOW TESTER MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PANDA MASK LARGE	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI MASK SET MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PANDA MASK MEDIUM	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PFLEX MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PARI VORTEX ADULT MASK	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PIKO 1	P	RX/OTC
PARI VORTEX PEDIATRIC MASK	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PILLOW MASK/ADULT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PEAK A-I-R FLOW METER	P	RX/OTC	PILLOW MASK/CHILD MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PEAK AIR PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PILLOW MASK/ PEDIATRIC MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG	P	RX/OTC	POCKET PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	POCKETPEAK PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
PEDIATRIC PANDA MASK	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	PURE COMFORT FLOW METER ADULT	P	RX/OTC
PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC	PURE COMFORT FLOW METER CHILD	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PURE COMFORT PEAK FLOW MISC	P	QL(1 EA por 180 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
REPLACEMENT AIR FILTER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
REPLACEMENT FILTERS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SILICONE MASK/ ADULT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SILICONE MASK/ INFANT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SILICONE MASK/ PEDIATRIC MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
SAMI THE SEAL FILTERS MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC	SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES	P	QL (3 ea por 180 días en farmacia minorista)
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS	P	QL (2 ea por 360 días en farmacia minorista)
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	P	RX/OTC
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR	P	RX/OTC
THRESHOLD IMT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
TRUZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
TUBING/WING TIP MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC
WINDMILL TRAINER MISC	P	QL(1 EA por 360 día(s) en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - Medicamentos para Tratar los Dolores de Cabeza por Migraña		
Combinaciones para la migraña		
CAFERGOT TABS (Usar ergotamine con cafeína)	NP	AL(AI menos 18 años)
ergotamine w/ caffeine TABS	P	AL(AI menos 18 años)
Productos para la migraña		
dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML	P	AL(AI menos 18 años)
MIGRANAL SOLN NA (Usar dihydroergotamine mesylate)	NP	AL(AI menos 18 años)
Agonistas de la serotonina		
eletriptan hydrobromide	P	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Usar sumatriptan succinate)	NP	QL(2 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
IMITREX TABS (<i>Usar sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(9 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)	<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (<i>Usar rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(0.4 EA diarios)	<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
MAXALT TABS 10 MG (<i>Usar rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 6 años de edad)	<i>sumatriptan succinate</i> SOCT 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>naratriptan hcl</i>	P	QL(9 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6 MG/0.5ML	P	QL(2.5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
RELPAK (<i>Usar eletriptan hydrobromide</i>)	NP	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>sumatriptan succinate</i> TABS	P	QL(9 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS	P	QL(12 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 6 años de edad)	<i>zolmitriptan</i> SOLN 5 MG	P	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)
<i>rizatriptan benzoate</i> TBDP	P	QL(0.4 EA diarios)			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>zolmitriptan TABS</i>	P	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT</i>	P	OTC
<i>zolmitriptan TBDP</i>	P	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)	<i>oyster shell</i>	P	OTC
ZOMIG SOLN 5 MG (Usar <i>zolmitriptan</i>)	NP	QL(6 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(AI menos 12 años de edad)	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS 500 MG-200 UNIT	P	OTC
MINERALES Y ELECTROLITOS			PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG	P	OTC
Calcium			QC CALCIUM 500MG-D3 TABS	P	OTC
CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS	P	OTC; QL(2 EA diarios)	Combinaciones de electrolitos		
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)	<i>oral electrolytes SOLN</i>	P	QL(1000 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC	Flúor		
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 EA diarios)	<i>sodium fluoride CHEW</i>	P	AL(Hasta 15 años de edad)
			<i>sodium fluoride SOLN 0.5 MG/ML</i>	P	AL(Hasta 15 años de edad); RX/OTC
			SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG/ML	P	AL(Hasta 15 años de edad); RX/OTC
			Magnesio		
			<i>magnesium oxide (suplemento de mg) CAPS</i>	P	OTC
			<i>magnesium oxide (suplemento de mg) TABS</i>	P	OTC
			Phosphate		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
K-PHOS-NEUTRAL (Usar pot phosphate monobásico con sod phosphate dibásico y monobásico)	NP	QL(8 EA diarios); RX/ OTC	potassium chloride PACK PO 20 MEQ	P	
PHOSPHA 250 NEUTRAL 852 MG- 155 MG-130 MG (Usar pot phosphate monobásico con sod phosphate dibásico y monobásico)	NP	QL(8 EA diarios); RX/ OTC	potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 %	P	
pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic	P	QL(8 EA diarios); RX/ OTC	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ	P	
WES-PHOS 250 NEUTRAL 852 MG- 155 MG-130 MG	P	QL(8 EA diarios); RX/ OTC	Zinc		
Potasio			zinc sulfate CAPS	P	QL(100 EA por dispensación en farmacia minorista)
EFFER-K TBEF 25 MEQ	P		CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ (Usar potassium chloride)	NP		Tejido Alogénico		
KLOR-CON TBCR 8 MEQ (Usar potassium chloride)	NP		RETHYMIC	P	SP; PA
K-TAB TBCR 20 MEQ (Usar potassium chloride)	NF		Agentes quelantes		
potassium bicarbonate TBEF	P		DEPEN TITRATABS TABS (Usar penicillamine)	NP	
potassium chloride microencapsulated crystals er	P		penicillamine TABS	P	
potassium chloride CPCR 10 MEQ	P		SYPRINE (Usar trientine hcl)	NP	SP; PA
potassium chloride CPCR 8 MEQ	P	QL(1 EA diarios)	trientine hcl 250 MG	P	SP; PA
			trientine hcl 500 MG	P	SP
			Enzimas		
			XIAFLEX	P	SP; PA
			Agentes Aumentadores de Volumen para la Incontinencia Fecal		
			SOLESTA	P	SP; PA
			Inmunomoduladores		
			lenalidomide	P	SP; PA
			REVLIMID (Usar lenalidomide)	NP	SP; PA
			REZUROCK	P	SP; PA
			THALOMID 50 MG, 100 MG, 200 MG	P	SP; PA
			VYVGART	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes inmunosupresores			NEORAL SOLN (<i>Usar cyclosporine modificada (para microemulsión)</i>)	NP	
ATGAM	P	SP; PA	NULOJIX	P	SP; PA
azathioprine TABS 50 MG	P		PROGRAF CAPS (<i>Usar tacrolimus</i>)	NP	
azathioprine TABS 75 MG, 100 MG	P	PA	PROGRAF PACK	P	PA
CELLCEPT CAPS (<i>Usar mycophenolate mofetil</i>)	NP		RAPAMUNE SOLN (<i>Usar sirolimus</i>)	NP	
CELLCEPT SUSR (<i>Usar mycophenolate mofetil</i>)	NP		RAPAMUNE TABS (<i>Usar sirolimus</i>)	NP	
CELLCEPT TABS (<i>Usar mycophenolate mofetil</i>)	NP		SANDIMMUNE CAPS (<i>Usar cyclosporine</i>)	NP	
cyclosporine modified (<i>para microemulsión</i>) CAPS	P		SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	P	
cyclosporine modified (<i>para microemulsión</i>) SOLN	P		sirolimus SOLN	P	
cyclosporine CAPS	P		sirolimus TABS	P	
cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML	P		tacrolimus CAPS	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA	THYMOGLOBULIN	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA	Agentes Linfáticos		
IMURAN TABS (<i>Usar azathioprine</i>)	NP		SYLVANT	P	SP; PA
mycophenolate mofetil CAPS	P		Agentes para el Espectro de Sobrecrecimiento Relacionado con PIK3CA (PROS)		
mycophenolate mofetil SUSR	P		VIJOICE TBPK	P	SP; PA
mycophenolate mofetil TABS	P		Agentes de Extracción de Potasio		
mycophenolate sodium	P		sodium polystyrene sulfonate POWD	P	
MYFORTIC (<i>Usar mycophenolate sodium</i>)	NP		sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML	P	
NEORAL CAPS (<i>Usar cyclosporine modificada (para microemulsión)</i>)	NP		Agentes para el Tratamiento de la Progeria		
			ZOKINVY	P	SP; PA
			Agentes de lupus eritematoso sistémico		
			SAPHNELO	P	SP; PA
			AGENTES PARA BOCA/GARGANTA/DIENTES		
			Anestesia tópica oral		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lidocaine hcl (boca-garganta) 2 %</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
Antiinfecciosos - Garganta			PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
NYSTATIN (<i>Usar nystatin (boca-garganta)</i>)	NP	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)	PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
<i>nystatin (boca-garganta)</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
Antisépticos – Boca/Garganta			PREVIDENT 5000 PLUS CREA (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
<i>chlorhexidine gluconate (boca-garganta)</i>	P		PREVIDENT GEL (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PERIDEX (<i>Usar chlorhexidine gluconate (boca-garganta)</i>)	NP		SF 5000 PLUS CREA 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
Productos Dentales			SF GEL 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
CLINPRO 5000 PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		<i>sodium fluoride (dental) CREA</i>	P	PA
FLUORIDEX ENHANCED WHITENING PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		<i>sodium fluoride (dental) GEL</i>	P	
FLUORIDEX PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		<i>sodium fluoride (dental) PSTE DT</i>	P	
FLUORIMAX 5000 PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREA 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
JUST RIGHT 5000 PSTE DT 1.1 % (<i>Usar sodium fluoride (dental)</i>)	NP		Productos Periodontales		
			ARESTIN	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Esteroides - Boca/Garganta/Dental		
<i>triamcinolone acetonide (boca)</i>	P	QL(5 GM por dispensación en farmacia minorista)
Productos para la garganta - Varios		
AQUORAL SOLN	P	QL(900 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
<i>artificial saliva SOLN</i>	P	QL(900 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
CAPHOSOL SOLN	P	QL(900 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
<i>pilocarpine hcl (oral) 5 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)
<i>SALAGEN 5 MG (Usar pilocarpine hcl (oral))</i>	NP	QL(6 EA diarios)
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del Complejo B		
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)
Complejo B con vitamina C		
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LUMAVEX CAPS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
LUNAVIRA CAPS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
Complejo B con Ácido Fólico		
ACTIVITE TABS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid TABS 60 MG-10 MG-300 MCG-1 MG-20 MG- 0.01 MCG-10 MG-1.7 MG-1.5 MG, 1 MG</i>	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DIALYVITE TABS 100 MG-10 MG-0.3 MG-1 MG- 1.5 MG-0.006 MG-10 MG-1.7 MG-20 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MI-VITE RX TABS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MYNEPHRON CAPS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
NUTRIVIO CAPS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
RENAL CAPS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC
RENO CAPS CAPS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TM-VITE RX TABS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTIPLE VITAMINS/ IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-18 MG-5000 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG- 20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-10 MG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
TRIPHROCAPS CAPS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
TRONVITE TABS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
VITASURE TABS 1 MG	P	QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
Multivitamínicos con hierro			MULTIVITAMIN PLUS IRON ADULT TABS 60 MG-2 MG-13.5 MG-400 MCG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-20 MG-1500 MCG-10 MG-18 MG-75 MG-1.5 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DAILY VITE MULTIVITAMIN/IRON TABS 50 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-15 MG-1.5 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
DESTRESS-IRON TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
FLORAVITA MINI TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC			
MINI MULTI VITAMINS/ IRON TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-10 MG-1.7 MG-10 MCG-13.5 MG-18 MG-25 MG-900 MCG-6 MCG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTI-VITAMIN/ IRON TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-400 MCG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NAT-RUL DAILY-VITE+IRON TABS 60 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-2 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	STRESS FORMULA/ IRON/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE DAILY MULTIVITAMIN/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	STRESS FORMULA/ IRON TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN/IRON TABS 50 MG-1 MG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-18 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-DAILY/IRON TABS 50 MG-2 MG-20 MG-1 MG-400 UNIT-1 MCG-1 MG-2.5 MG-18 MG-5000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	TAB-A-VITE/IRON TABS 50 MG-1 MG-400 MCG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-15 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
QC DAILY MULTIVITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	Multivitaminas con Minerales		
STRESS B COMPLEX/ IRON TABS 600 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-15 MG-100 MG-20 MG-27 MG-15 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC
			MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
			Multivitaminas		
			ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			AMLADEX TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			ANTI-OXIDANT TABS 250 MG-200 UNIT-10000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			AVOWISE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			CENTRUM MENOPAUSE MIND/ MOOD TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DAILY VALUE MULTIVITAMIN TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG-30 UNIT-400 MCG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG, 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG-400 MCG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	DAILY-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DAILY VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	ESTROFACTORS TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DAILY VITES TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-10 MG-1.7 MG-20 MG-400 UNIT-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FOLAWISE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DAILY VITE TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-30 UNIT-400 MCG-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG, 60 MG-2 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FOLCYTEINE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
DAILY-VITE MULTIVITAMIN TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	GNP ESSENTIAL ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-75 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			HEALTHY HAIR/SKIN/ NAILS TABS 2 MG-2000 MCG-400 MCG-25 MG-100 MG-25 MCG- 1.7 MG-10 MG-40 MG-1.5 MG-50 MG-2500 UNIT-50 MG-50 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			MINCORA TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			MULTI VITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIPLE VITAMIN-FOLIC ACID TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MULTIPLE VITAMINS ESSENTIAL TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-20 MG- 1.5 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-5000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTI-VITAMIN TABS 60 MG-2 MG-30 MCG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MULTIPLE VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-1.7 MG-20 MG- 10 MG-1.5 MG-30 UNIT- 5000 UNIT, 60 MG-400 MCG-2 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-1.5 MG-400 UNIT-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	NEOMULTIVITE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	NEWVITE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	OMNICAP TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
MULTIVITAMIN IRON-FREE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-45 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	ONCE DAILY TABS 400 UNIT-50 MG-1 MG-2 MG-1 MCG-5000 UNIT-1 MG-2.5 MG-20 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			ONE DAILY MULTIVITAMIN ADULT TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
			ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Usar multivitamínico</i>)	NP	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Usar multivitamínico</i>)	NP	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-DAILY MULTI VITAMINS TABS 50 MG-20 MG-1 MG-1.5 MG-400 UNIT-3 MCG-1 MG-1.7 MG-4000 UNIT-60 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN TABS 50 MG-1 MG-1.5 MG-10 MCG-3 MCG-1.7 MG-20 MG-1200 MCG-1 MG-60 MG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
QC ESSENTIALS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG- 400 UNIT-6 MCG-1.7 MG- 20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
QUINTABS TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
RELCARE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
STRESS FORMULA/ ZINC/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STRESS FORMULA TABS 500 MG-3 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-10 MG-100 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-15 MG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
STRESSTABS ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
TAB-A-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
THERA TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
THERA-TABS TABS 90 MG-3 MG-30 MCG-400 MCG-3 MG-20 MG-400 UNIT-9 MCG-5000 UNIT-10 MG-3.4 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC
THEREMS TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TM-DAILY VITE TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	Múltiples Vitaminas Pediátricas con Minerales		
TRUE DAILY VITE TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG- 20 MG-2 MG-1.7 MG-10 MCG-1500 MCG-6 MCG	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	Multivitaminas ped. con flúor		
VIRELIX TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG	P	RX/OTC
VIREXA TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
VIT E-VIT C-BETA CAROTENE TABS 250 MG-5000 UNIT-200 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FLOTREX CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
VITALEE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
VITRAX TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTIVITAMIN/ FLUORIDE CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
VITRION TABS	P	OTC; QL(1 EA diarios); RX/ OTC	MULTIVITAMIN/ FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
Multivitaminas ped. con FI y FE			MULTIVITAMIN/ FLUORIDE SUSP 0.5 MG/ML	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN</i>	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
			MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG</i>	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC	QUFLORA PEDIATRIC SUSP 0.5 MG/ML	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG</i>	P	RX/OTC	SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl SUSP 0.5 MG/ML</i>	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC	SOLUVITA WITH FLUORIDE SUSP 0.5 MG/ML	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
<i>pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN</i>	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC	VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC
POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC	Multivitaminas ped. con Hierro		
POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC	ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	P	QL(1 EA diario); AL(Hasta 21 años de edad); RX/OTC			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	MULTIVITAMIN INFANTS/TODDLERS SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
MULTIVITAMIN INFANTS/TODDLERS SOLN 11 MG/ML	P	OTC; QL(60 EA por dispensación en farmacia minorista)	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLN 10 MG/ML	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	POLY-VI-SOL SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	POLY-VITA SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
POLY-VITA/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)
POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	Vitaminas prenatales		
Vitaminas múltiples pediátricas			PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por dispensación en farmacia minorista)	Vitaminas con Lipotrópicos		
			<i>vitamins w/ lipotropics</i> CAPS	P	OTC; QL(1 EA diarios)
			AGENTES PARA EL TRATAMIENTO MUSCULOESQUELÉTICO - Medicamentos para Tratar los Espasmos		
			Terapia de Reparación del Cartílago Articular		

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MACI	P	SP; PA
Relajantes musculares centrales		
<i>baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA
<i>baclofen TABS</i>	P	
<i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>	P	
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT (<i>Usar baclofen</i>)	NP	SP; PA
LIORESAL SOLN IT	P	SP; PA
LIORESAL SOLN IT (<i>Usar baclofen</i>)	NP	SP; PA
<i>methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>orphenadrine citrate TB12</i>	P	
<i>tizanidine hcl TABS</i>	P	
ZANAFLEX TABS 4 MG (<i>Usar tizanidine hcl</i>)	NP	
Viscosuplementos		
DUROLANE PRSY	P	SP; PA
EUFLEXXA SOSY	P	SP; PA
GEL-ONE	P	SP; PA
GELSYN-3 SOSY	P	SP; PA
GENVISC 850 SOSY	P	SP; PA
HYALGAN SOLN	P	SP; PA
HYALGAN SOSY	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HYMOVIS	P	SP; PA
HYRONAN KIT	P	SP; PA
MONOVISC	P	SP; PA
ORTHOVISC	P	SP; PA
SUPARTZ FX SOSY	P	SP; PA
SYNOJOYNT SOSY	P	SP; PA
SYNVISC ONE SOSY	P	SP; PA
SYNVISC SOSY	P	SP; PA
TRILURON SOSY	P	SP; PA
TRIVISC SOSY	P	SP; PA
VISCO-3 SOSY	P	SP; PA
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para Tratar la Nariz o los Senos Paranasales		
Agentes Nasales - Varios		
SALINE NASAL SPRAY 0.65%	P	OTC;QL (480 ml por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>saline SOLN 0.65 %</i>	P	OTC; QL(480 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
Antialérgico nasal		
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
Esteroides nasales		
<i>flunisolide (nasal)</i>	P	QL(25 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i>	P	QL(16 ML por dispensación en farmacia minorista); RX/ OTC
<i>triamcinolone acetonide (nasal) AERO</i>	P	AL(AI menos 2 años)
Descongestionante simpaticomiméticos		
<i>ADRENALIN 0.1 %</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>epinephrine hcl (nasal)</i>	P	QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS</i>	P	OTC; QL(24 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>pseudoephedrine hcl TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)
<i>pseudoephedrine hcl TB12</i>	P	OTC; QL(62 EA por 30 día(s) en farmacia minorista); AL(Hasta 21 años de edad)
<i>SUDAFED CHILDRENS LIQD</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años de edad)
<i>SUDAFED PE CHILDRENS SOLN</i>	P	OTC; QL(120 ML por dispensación en farmacia minorista)
AGENTES NEUROMUSCULARES - Medicamentos para Relajar/Paralizar los Músculos		
Agentes ALS		
<i>edaravone SOLN</i>	P	SP; PA
<i>EXSERVAN FILM</i>	P	SP; PA
<i>RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP</i>	P	SP; PA
<i>RADICAVA ORS SUSP</i>	P	SP; PA
<i>RADICAVA SOLN (Usar edaravone)</i>	NP	SP; PA
<i>riluzole TABS</i>	P	PA
<i>TEGLUTIK SUSP</i>	P	SP; PA
<i>TIGLUTIK SUSP</i>	P	SP; PA
Agentes para la Distrofia Muscular		
<i>AMONDYS 45</i>	P	SP; PA
<i>EXONDYS 51</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
Agentes para la Atrofia Muscular Espinal (SMA)		
EVRYSDI	P	SP; PA
SPINRAZA	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG	P	SP; PA
NUTRIENTES		
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ML por dispensación en farmacia minorista)
POLYCOSE POWD	P	OTC; QL(350 GM por dispensación en farmacia minorista)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Diversos Sustancias Nutricionales		
<i>omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 1200 MG</i>	P	OTC; QL(6 EA diarios)
<i>omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG</i>	P	QL(6 EA diarios)
AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos para Tratar el Ojo		
Lubricantes y lágrimas artificiales		
<i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>	P	OTC; QL(31 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>white petrolatum-mineral oil</i>	P	OTC; QL(30 GM por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Betabloqueadores - Oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (oftálmico) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (oftálmico)</i>	P	
<i>COSOPT (Usar dorzolamide hcl-timolol maleate)</i>	NP	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>timolol maleate (oftálmico) SOLN</i>	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Usar timolol maleate (oftálmico))</i>	NP	QL(15 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Midriáticos Ciclopléjicos		
<i>ALTAFRIN SOLN 2.5 % (Usar phenylephrine hcl (midriático))</i>	NP	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>atropine sulfate (oftálmico) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (oftálmico) SOLN</i>	P	
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1 %</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (<i>Usar atropine sulfate (oftálmico)</i>)	NP	
CYCLOGYL (<i>Usar cyclopentolate hcl</i>)	NP	
CYCLOGYL 2 %	P	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>cyclopentolate hcl</i> 1 %	P	
HOMATROPAIRE 5 %	P	QL(15 ML por dispensación en farmacia minorista)
MYDRIACYL SOLN (<i>Usar tropicamide</i>)	NP	
<i>phenylephrine hcl</i> (<i>midriático</i>) SOLN 2.5 %	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
PHENYLEPHRINE HCL SOLN (<i>Usar phenylephrine hcl</i> (<i>midriático</i>))	NP	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>tropicamide</i> SOLN	P	
Mióticos		
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1 %, 2 %, 4 %	P	
Oftálmicos - Inhibidores de la Angiogénesis		
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML	P	PA
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.25 MG/0.09ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
EYLEA HD SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOSY	P	SP; PA
LUCENTIS SOSY	P	SP; PA
SUSVIMO (PRIMER RELLENO DEL IMPLANTE) SOLN	P	SP; PA
SUSVIMO (SEGUNDO RELLENO DEL IMPLANTE) SOLN	P	SP; PA
VABYSMO SOLN	P	SP; PA
Agentes adrenérgicos oftálmicos		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate</i> 0.2 %	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i> (<i>oftálmico</i>)	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (<i>oftálmico</i>)	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
CILOXAN OINT	P	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (<i>oftálmico</i>) SOLN	P	
ERYTHROMYCIN	P	
<i>erythromycin</i> (<i>oftálmico</i>)	P	
<i>gentamicin sulfate</i> (<i>oftálmico</i>) SOLN	P	
<i>moxifloxacin hcl</i> (<i>oftálmico</i>) SOLN OP	P	QL(3 ML por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	Descongestionantes oftálmicos		
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
OCUFLOX (<i>Usar ofloxacin (oftálmico)</i>)	NP	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>tetrahydrozoline hcl (oftálmico) 0.05 %</i>	P	OTC
<i>ofloxacin (oftálmico)</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	Terapia Génica Oftálmica		
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)	LUXTURN A	P	SP; PA
<i>sulfacetamide sodium (oftálmico) OINT</i>	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	Anestésicos locales oftálmicos		
<i>sulfacetamide sodium (oftálmico) SOLN</i>	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	ALTACAIN E 0.5 % (<i>Usar tetracaine hcl (oftálmico)</i>)	NP	
<i>tobramycin (oftálmico) SOLN</i>	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	TETRACAIN E HCL 0.5 % (<i>Usar tetracaine hcl (oftálmico)</i>)	NP	
TOBREX OINT	P		TETRACAIN E HCL 0.5 %	P	
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>tetracaine hcl (oftálmico)</i>	P	
VIGAMOX SOLN OP (<i>Usar moxifloxacin hcl (oftálmico)</i>)	NP	QL(3 ML por dispensación en farmacia minorista)	Agentes para la Terapia Fotodinámica Oftálmica		
			VISUDYNE	P	SP; PA
			Potenciadores Fotoópticos Oftálmicos		
			PHOTREX A-PHOTREX A VISCOUS KIT	P	SP; PA
			Esteroides oftálmicos		
			<i>dexamethasone sodium phosphate (oftálmico)</i>	P	
			DEXTENZA INST	P	SP; PA
			DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA
			<i>fluorometholone (oftálmico) SUSP</i>	P	
			FML LIQUIFILM SUSP (<i>Usar fluorometholone (oftálmico)</i>)	NP	
			ILUVIEN	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MAXITROL OINT (<i>Usar neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
MAXITROL SUSP (<i>Usar neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	TOBRADEX OINT	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>neomycin-polymyx-dexameth OINT</i>	P	QL(4 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>neomycin-polymyx-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 %</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	TRIESENCE	P	SP; PA
<i>neomycin-polymyxin-hc (oftálmico)</i>	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	XIPERE	P	SP; PA
OZURDEX IMPL	P	SP; PA	YUTIQ	P	SP; PA
PRED FORTE (<i>Usar prednisolone acetate (oftálmico)</i>)	NP		Oftálmicos - Varios		
PRED MILD	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	ACULAR (<i>Usar ketorolac tromethamine (oftálmico)</i>)	NP	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>prednisolone acetate (oftálmico)</i>	P		ACULAR LS (<i>Usar ketorolac tromethamine (oftálmico)</i>)	NP	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>prednisolone acetate (oftálmico)</i>	NP		ALOCRIL	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); PA
PREDNISOLONE ACETATE P-F	P		ALOMIDE	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista); PA
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>azelastine hcl (oftálmico)</i>	P	QL(6 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
RETISERT	P	SP; PA	AZOPT (<i>Usar brinzolamide</i>)	NP	
			<i>brinzolamide</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cromolyn sodium</i> (oftálmico)	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)
CYSTADROPS	P	SP; PA
CYSTARAN	P	SP; PA
<i>diclofenac sodium</i> (oftálmico)	P	QL(3 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>dorzolamide hcl</i>	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
DORZOLAMIDE HCL	P	QL(10 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>flurbiprofen sodium</i>	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>ketorolac tromethamine</i> (oftálmico) 0.4 %	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>ketorolac tromethamine</i> (oftálmico) 0.5 %	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>ketotifen fumarate</i> (oftálmico) 0.035 %	P	
Prostaglandinas - Oftálmicas		
<i>latanoprost SOLN</i>	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LATANOPROST SOLN	P	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
XALATAN SOLN (<i>Usar latanoprost</i>)	NP	QL(5 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
AGENTES ÓTICOS - Medicamentos Para Tratar el Oído		
Agentes óticos - Varios		
<i>acetic acid</i> (ótico)	P	QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>carbamide peroxide</i> (ótico) 6.5 %	P	OTC; QL(15 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
Antiinfecciosos óticos		
<i>ofloxacin</i> (ótico)	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)
Combinaciones óticas		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	P	QL(7.5 ML por dispensación en farmacia minorista); 1 dispensaciones máximas por 30 día(s) en farmacia minorista
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> (ótico) SOLN	P	QL(10 ML por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc (ótico) SUSP</i>	P	QL(20 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	GAMMAGARD	P	SP; PA
Esteroides óticos			GAMMAGARD ERC 5 GM/50ML, 10 GM/100ML	P	SP; PA
DERMOTIC (<i>Usar fluocinolone acetonide (ótico)</i>)	NP	QL(20 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 5 años de edad)	GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	P	SP; PA
<i>fluocinolone acetonide (ótico)</i>	P	QL(20 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 5 años de edad)	GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML	P	SP; PA
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	P	QL(20 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)	GAMMAPLEX SOLN	P	SP; PA
OXITÓCICOS - Medicamentos para Prevenir/ Controlar el Sangrado Uterino			GAMUNEX-C	P	SP; PA
Oxitócicos			HEPAGAM B SOLN IJ	P	SP; PA
<i>methylergonovine maleate TABS</i>	P		HIZENTRA SOLN	P	SP; PA
AGENTES PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos de Anticuerpos para Tratar un Sistema Inmunitario Bajo			HIZENTRA SOSY	P	SP; PA
Suero inmune			HYPERHEP B SOLN IM	P	SP; PA
BIVIGAM SOLN	P	SP; PA	HYPERRHO MINI-DOSE SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA
CUTAQUIG	P	SP; PA	HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT	P	SP
CUVITRU SOLN	P	SP; PA	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP; PA
CYTOGAM SOLN	P	SP; PA	NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/400ML	P	SP; PA	OCTAGAM SOLN	P	SP; PA
GAMASTAN IM	P	SP; PA	PANZYGA	P	SP; PA
			PRIVIGEN SOLN	P	SP; PA
			RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP
			RHOPHYLAC SOSY IJ	P	SP; PA
			WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
XEMBIFY	P	SP; PA
Anticuerpos Monoclonales		
BEYFORTUS	P	SP; PA
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
ZINPLAVA	P	SP; PA
Agentes para Inmunización Pasiva - Combinaciones		
HYQVIA	P	SP; PA
PENICILINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
Combinaciones de penicilina		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
AUGMENTIN ES-600 SUSR (<i>Usar amoxicillin y pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por dispensación en farmacia minorista)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (<i>Usar amoxicillin y pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)
Penicilinas resistentes a la penicilinasasa		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
ADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
Ingredientes/Agentes de Vehículos Internos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SIMPLYTHICK EASY MIX	P	OTC; QL(1816 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 1 año de edad); PA	FLAVOR SWEET SF DYE FREE SYRP	P	RX/OTC
			FLAVOR SWEET-SF SYRP	P	RX/OTC
			FLAVOR SWEET SYRP	P	RX/OTC
			<i>glycine diluent</i>	P	SP; PA
			GRAPE SYRUP SYRP	P	RX/OTC
			MX-SOL BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 1	P	OTC; QL(1816 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 1 año de edad); PA	MX-SOL BLEND SUSP	P	RX/OTC
			MX-SOL SF SYRP	P	RX/OTC
			MX-SOL SUSPEND SUSP	P	RX/OTC
			MX-SOL SYRP	P	RX/OTC
			ORA-BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
			ORA-BLEND SUSP	P	RX/OTC
			ORAL MIX SF SUSP	P	RX/OTC
			ORAL MIX SUSP	P	RX/OTC
			ORAL SUSPEND LIQD	P	RX/OTC
			ORAL SYRUP SF SYRP	P	RX/OTC
			ORAL SYRUP SYRP	P	RX/OTC
			ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 2	P	OTC; QL(1816 GM por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 1 año de edad); PA	ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD	P	RX/OTC
			ORA-PLUS LIQD	P	RX/OTC
			ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	P	RX/OTC
			ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %	P	RX/OTC
			PCCA SWEET-SF SYRP	P	RX/OTC
			PCCA SYRUP VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
			PCCA-PLUS SUSP	P	RX/OTC
			SOSWEET SYRP	P	RX/OTC
Vehículos Líquidos					
FLAVOR BLEND SUSP	P	RX/OTC			
FLAVOR PLUS LIQD	P	RX/OTC			
FLAVOR SWEET DYE FREE SYRP	P	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STERILE DILUENT FLOLAN PH 12	P	SP; PA
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Usar glycine diluent)	NP	SP; PA
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX W/ BITTERBLOC SWEET SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX W/ BITTERBLOC UNSWEET SUSP	P	RX/OTC
SUSPENSION VEHICLE SUSP	P	RX/OTC
SYRPALTA SYRP	P	RX/OTC
SYRSPEND SF LIQD	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SF SYRP	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP	P	RX/OTC
VERSAFREE SYRP	P	RX/OTC
VERSAPLUS SYRP	P	RX/OTC
Vehículos Semisólidos		
LANOLIN XX	P	
PROGESTÁGENOS - Medicamentos de Reemplazo/Modificación Hormonal		
Progestinas		
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG	P	
norethindrone acetate TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
progesterone CAPS 200 MG	P	QL(20 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
progesterone CAPS 100 MG	P	QL(30 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
PROMETRIUM CAPS 100 MG (Usar progesterona)	NP	QL(30 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
PROMETRIUM CAPS 200 MG (Usar progesterona)	NP	QL(20 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
PROVERA 5 MG, 10 MG (Usar medroxyprogesterone acetate)	NP	
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para Tratar Afecciones Mentales y Emocionales		
Agentes para la dependencia química		
disulfiram 250 MG	P	
Agentes antidemencia		
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Usar donepezil hydrochloride)	NP	QL(1 EA diarios)
donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(1 EA diarios)
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Usar rivastigmine)	NP	QL(1 EA diarios); PA
galantamine hydrobromide CP24	P	QL(1 EA diarios)
galantamine hydrobromide SOLN	P	QL(6 ML diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>galantamine hydrobromide TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>memantine hcl SOLN</i>	P	QL(2 ML diarios); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	QL(2 EA diarios); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	1 paquete(s) por 28 día(s) en farmacia minorista; PA
NAMENDA TITRATION PAK TABS (<i>Usar memantine hcl</i>)	NP	1 paquete(s) por 28 día(s) en farmacia minorista; PA
<i>rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR</i>	P	QL(1 EA diarios); PA
<i>rivastigmine tartrate CAPS</i>	P	QL(2 EA diarios); PA
Psicoterapéuticos Combinados		
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	P	QL(4 EA diarios)
Agentes para fibromialgia		
<i>milnacipran hcl MISC</i>	P	QL(55 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA
<i>milnacipran hcl TABS 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); PA
SAVELLA TITRATION PACK MISC (<i>Usar milnacipran hcl</i>)	NP	QL(55 EA por 365 día(s) en farmacia minorista); PA
SAVELLA TABS 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG (<i>Usar milnacipran hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Terapia Farmacológica para los Trastornos del Movimiento		
<i>tetrabenazine</i>	P	SP; PA
XENAZINE (<i>Usar tetrabenazine</i>)	NP	SP; PA
Agentes para esclerosis múltiple		
AMPYRA (<i>Usar dalfampridine</i>)	NP	SP; PA
AUBAGIO (<i>Usar teriflunomide</i>)	NP	QL(1 EA diarios); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PREFILLED PSKT	P	SP; PA
COPAXONE SOSY (<i>Usar glatiramer acetate</i>)	NP	SP
<i>dalfampridine</i>	P	SP; PA
<i>dimethyl fumarate CDPK</i>	P	SP
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
<i>fingolimod hcl</i>	P	QL(1 EA diarios); SP
GILENYA (<i>Usar fingolimod hcl</i>)	NP	QL(1 EA diarios); SP
<i>glatiramer acetate SOSY</i>	P	SP
PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC	P	SP; PA
PLEGRIDY SOAJ	P	SP; PA
PLEGRIDY SOSY IM	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE SOAJ	P	SP; PA
REBIF TITRATION PACK SOSY	P	SP; PA
REBIF SOSY	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TECFIDERA CDPK (Usar dimethyl fumarate)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (Usar dimethyl fumarate)	NP	SP
teriflunomide	P	QL(1 EA diarios); SP
Disuasivos para fumadores		
bupropion hcl (disuasivo para fumadores)	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK TABS (Usar varenicline tartrate)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Usar varenicline tartrate)	NP	QL(53 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)
CHANTIX TABS (Usar varenicline tartrate)	NP	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
NICORETTE MINI LOZG 4 MG (Usar nicotine polacrilex)	NP	QL(20 EA diarios)
NICORETTE STARTER KIT GUM 2 MG (Usar nicotine polacrilex)	NP	QL(24 EA diarios)
NICORETTE GUM 4 MG (Usar nicotine polacrilex)	NP	QL(24 EA diarios)
nicotine polacrilex GUM	P	QL(24 EA diarios)
nicotine polacrilex LOZG	P	QL(20 EA diarios)
NICOTINE KIT	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR	P	QL(1 EA diarios)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ML diarios)
NICOTROL INHA	P	QL(16.8 EA diarios)
varenicline tartrate TABS	P	QL(2 EA diarios); AL(AI menos 18 años de edad)
varenicline tartrate TBPK	P	QL(53 EA por dispensación en farmacia minorista); AL(AI menos 18 años de edad)
Agentes para la Amiloidosis por Transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA
TEGSEDI	P	SP; PA
AGENTES RESPIRATORIOS - VARIOS - Medicamentos para Tratar Afecciones Pulmonares		
Inhibidor de alfa1-proteína (humana)		
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	P	SP; PA
GLASSIA SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLN	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	P	PA
ZEMAIRA SOLR 1000 MG	P	SP; PA
Agente de fibrosis quística		
BRONCHITOL	P	SP; PA
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	P	SP; PA	AGENTES TIROIDEOS - Medicamentos para Regular las Hormonas Tiroideas		
KALYDECO PACK 5.8 MG	P	SP	Agentes antitiroides		
KALYDECO TABS	P	SP; PA	<i>methimazole TABS</i>	P	
ORKAMBI PACK	P	SP; PA	<i>propylthiouracil</i>	P	
ORKAMBI TABS	P	SP; PA	Hormonas de la tiroides		
PULMOZYME	P	SP; PA	ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
SYMDEKO	P	SP; PA	ARMOUR THYROID TABS	P	
TRIKAFTA TBPK	P	QL(3 EA diarios); SP; PA	CYTOMEL TABS (<i>Usar liothyronine sodium</i>)	NP	
Agentes de Fibrosis Pulmonar			EVEXITHROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG, 180 MG	P	
ESBRIET CAPS (<i>Usar pirfenidone</i>)	NP	SP; PA	<i>levothyroxine sodium TABS</i>	P	
ESBRIET TABS (<i>Usar pirfenidone</i>)	NP	SP; PA	<i>liothyronine sodium TABS</i>	P	
<i>pirfenidone CAPS</i>	P	SP; PA	NIVA THYROID TABS	P	
<i>pirfenidone TABS</i>	P	SP; PA	NP THYROID TABS	P	
TETRACICLINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas			RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
Tetraciclinas			SYNTHROID TABS (<i>Usar levothyroxine sodium</i>)	P	
<i>doxycycline (monohidrato) CAPS 50 MG, 100 MG</i>	P		THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
<i>doxycycline (monohidrato) TABS 50 MG, 100 MG</i>	P		TOXOIDES		
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P		Combinación de toxoides		
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P		ADACEL SUSP	P	
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P				
<i>tetracycline hcl CAPS 500 MG</i>	P				
VIBRAMYCIN CAPS (<i>Usar doxycycline hyclate</i>)	NP				

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	NP	
BOOSTRIX SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	P	
BOOSTRIX SUSY	P		HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
DAPTACEL	P		<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	NP	
INFANRIX	P		<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	P	
KINRIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
PEDIARIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
PENTACEL	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
QUADRACEL SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)
QUADRACEL SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TBP 0.125 MG</i>	P	
TDVAX SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate TBP 0.125 MG</i>	NP	
TENIVAC SUSP 2 LFU- 5 LFU	P		LEVBIID TB12 (<i>Usar hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		NULV TB12 (<i>Usar hyoscyamine sulfate</i>)	P	
VAXELIS SUSP	P		OSCIMIN SUBL 0.125 MG (<i>Usar hyoscyamine sulfate</i>)	P	
VAXELIS SUSY	P		OSCIMIN TABS 0.125 MG (<i>Usar hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS - Medicamentos para Tratar Afecciones Intestinales, del Intestino y del Estómago			ROBINUL-FORTE TABS (<i>Usar glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
Antiespasmódicos			ROBINUL TABS (<i>Usar glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
BENTYL SOLN IM (<i>Usar dicyclomine hcl</i>)	NF				
DERMACINRX DIGENYX TABS 0.125 MG	NP				
<i>dicyclomine hcl CAPS</i>	P				
<i>dicyclomine hcl SOLN PO</i>	P	QL(496 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)			
<i>dicyclomine hcl TABS</i>	P				
<i>glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)			

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
H-2 Antagonists			NEXIUM 24HR CPDR (Usar esomeprazole magnesium)	NP	QL(2 EA diarios); RX/ OTC
<i>cimetidine hcl PO 300 MG/5ML</i>	P		NEXIUM CPDR 20 MG (Usar esomeprazole magnesium)	NP	QL(2 EA diarios); RX/ OTC
<i>cimetidine TABS</i>	P	RX/OTC	NEXIUM PACK (Usar esomeprazole magnesium)	NP	AL(Hasta 15 años de edad)
<i>famotidine SUSR</i>	P		OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 ea diarios); OTC
<i>famotidine TABS 10 MG</i>	P	OTC	<i>omeprazole magnesium TBEC</i>	P	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/OTC	<i>omeprazole CPDR</i>	P	QL(2 EA diarios)
PEPCID TABS (Usar famotidine)	NP	RX/OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
Diversos Antiúlceras			<i>pantoprazole sodium TBEC 20 MG</i>	P	QL(1 EA diarios)
CARAFATE SUSP (Usar sucralfate)	NP	QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)	PREVACID 24HR CPDR (Usar lansoprazole)	NP	QL(4 EA diarios); RX/ OTC
CARAFATE TABS (Usar sucralfate)	NP		PREVACID CPDR 30 MG (Usar lansoprazole)	NP	
<i>sucralfate SUSP</i>	P	QL(420 ML por dispensación en farmacia minorista)	PRILOSEC OTC TBEC (Usar omeprazole magnesium)	NP	OTC; QL(1 EA diarios)
<i>sucralfate TABS</i>	P		PROTONIX TBEC 40 MG (Usar pantoprazole sodium)	NP	QL(2 EA diarios)
Inhibidores de la bomba de protones			PROTONIX TBEC 20 MG (Usar pantoprazole sodium)	NP	QL(1 EA diarios)
DEXILANT (Usar dexlansoprazole)	NP	ST	VOQUEZNA	NP	
<i>dexlansoprazole</i>	P	ST	Medicamentos para la úlcera - Prostaglandinas		
<i>esomeprazole magnesium CPDR 20 MG</i>	P	QL(2 EA diarios); RX/ OTC	CYTOTEC (Usar misoprostol)	NP	
<i>esomeprazole magnesium PACK</i>	P	AL(Hasta 15 años de edad)	<i>misoprostol</i>	P	
<i>lansoprazole CPDR 15 MG</i>	P	QL(4 EA diarios); RX/ OTC			
<i>lansoprazole CPDR 30 MG</i>	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones de terapia para la úlcera		
<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máximo de 14 dispensaciones por 365 día(s) en farmacia minorista
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para Tratar Diversos Espasmos de la Vejiga		
Antiespasmódicos Urinarios - Antimuscarínicos (Anticolinérgicos)		
<i>DETROL LA CP24 (Usar tolterodine tartrate)</i>	NP	QL(1 EA diarios)
<i>DETROL TABS (Usar tolterodine tartrate)</i>	NP	QL(2 EA diarios)
<i>fesoterodine fumarate</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 EA diarios)
<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>solifenacin succinate TABS</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 EA diarios)
<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>TOVIAZ (Usar fesoterodine fumarate)</i>	NP	QL(1 EA diarios)
<i>tropium chloride TABS</i>	P	QL(2 EA diarios)
<i>VESICARE TABS (Usar solifenacin succinate)</i>	NP	QL(1 EA diarios)
Antiespasmódicos Urinarios - Agonistas Colinérgicos		
<i>bethanechol chloride</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antiespasmódicos Urinarios - Relajantes Musculares Directos		
<i>flavoxate hcl</i>	P	
VACUNAS		
Vacunas bacteriales		
ACTHIB SOLR IM	P	
BCG VACCINE	P	
BEXSERO 0.5 ML	P	
BIOTHRAX	P	
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENQUADFI 0.5 ML	P	
MENVEO SOLN	P	
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23 SOLN	P	
PNEUMOVAX 23 SOSY	P	
PREVNAR 20	P	
TRUMENBA 0.5 ML	P	
TYPHIM VI SOLN	P	
TYPHIM VI SOSY	P	
VAXCHORA	P	
VAXNEUVANCE	P	
VIVOTIF	P	
Vacunas virales		
ABRYSVO	P	Máximo de 1 dispensación por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(AI menos 60 años de edad)
ACAM2000 SOLR IJ	P	
AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P		FLUBLOK SOSY	P	
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P		FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P	
AFLURIA SUSP	P		FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P	
AREXVY	P	Máximo de 1 dispensación por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Al menos 60 años de edad)	FLUCELVAX SUSP	P	
COMIRNATY 5-11 YEARS SUSP 10 MCG/0.3ML	P		FLUCELVAX SUSY	P	
COMIRNATY SUSP	P		FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P	
COMIRNATY SUSY	P		FLULAVAL SUSY	P	
DENG VAXIA	P		FLUMIST	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista	FLUMIST QUADRIVALENT	P	
ENGERIX-B SUSY	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista	FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P	
FLUAD	P		FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT	P		FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P	
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P	
FLUARIX SUSY	P		FLUZONE SUSP	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT	P		FLUZONE SUSY	P	
			GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Hasta 45 años de edad)
			GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Hasta 45 años de edad)

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista
HEPLISAV-B SOSY	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista	RECOMBIVAX HB SUSY	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista
IMOVAX RABIES SUSR	P		ROTARIX SUSP	P	
IPOL IJ	P		ROTATEQ SOLN	P	
IXIARO	P		SHINGRIX IM 50 MCG/0.5ML	P	Máximo de 2 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(AI menos 50 años de edad)
JYNNEOS	P		SHINGRIX	P	Máximo de 2 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(AI menos 50 años de edad)
M-M-R II SOLR	P		SPIKEVAX 6M-11Y SUSY 25 MCG/0.25ML	P	
MNEXSPIKE SUSY 10 MCG/0.2ML	P		SPIKEVAX SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP	P		SPIKEVAX SUSY	P	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY	P		STAMARIL SUSR	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P		TICOVAC	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY	P		TWINRIX SUSY	P	
NUVAXOVID COVID-19 VACCINE SUSY 5 MCG/0.5ML	P		VAQTA	P	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP	P				
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP	P				
PREHEVBRIO	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista			
PRIORIX SUSR	P				
PROQUAD SUSR	P				
RABAVERT	P				

Georgia Medicaid

Efectivo en julio del 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-tanto NDC de OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	P	
VARIVAX SUSR	P	Máximo de 2 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista
YF-VAX SUSR	P	
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
Antiinfecciosos vaginales		
CLEOCIN CREA (<i>Usar clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	OTC; QL(31 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
GYNAZOLE-1	P	
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 GM por dispensación en farmacia minorista)
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	P	OTC; QL(7 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	OTC; QL(45 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>	P	
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	OTC; QL(7 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	OTC
VANDAZOLE	P	QL(70 GM por dispensación en farmacia minorista)
Agentes Antiinflamatorios Vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF 1 %	NP	QL(454 GM por dispensación en farmacia minorista)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Estrógenos vaginales		
ESTRACE CREA (<i>Usar estradiol vaginal</i>)	NP	QL(43 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>estradiol vaginal CREA</i>	P	QL(43 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>estradiol vaginal TABS</i>	P	
PREMARIN	P	QL(43 GM por surtido en farmacia minorista; 30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista; 30 GM por 30 días por correo)
VAGIFEM TABS (<i>Usar estradiol vaginal</i>)	NP	
VASOPRESORES - Medicamentos para Tratar Afecciones Cardíacas y Circulatorias		
Agentes de terapia anafiláctica		
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	NP	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista); 4 dispensaciones máximas por 365 día(s) en farmacia minorista

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>epinephrine (anafilaxia)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista; 4 EA por 365 día(s) en farmacia minorista)
<i>epinephrine (anafilaxia)</i> SOAJ	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista); 4 dispensaciones máximas por 365 día(s) en farmacia minorista
EPIPEN 2-PAK SOAJ (<i>Usar epinephrine (anafilaxia)</i>)	NP	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista); 4 dispensaciones máximas por 365 día(s) en farmacia minorista
EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (<i>Usar epinephrine (anafilaxia)</i>)	NP	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista); 4 dispensaciones máximas por 365 día(s) en farmacia minorista
Hipotensión Ortostática Neurogénica (NOH) - Agentes		
<i>droxidopa</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NORTHERA (<i>Usar droxidopa</i>)	NP	SP; PA
Vasopresores		
<i>midodrine hcl</i>	P	
VITAMINAS		
Vitaminas solubles en aceite		
<i>cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1250 MCG, 50000 UNIT</i>	P	OTC; QL(8 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>cholecalciferol CAPS</i>	P	OTC; QL(100 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>	P	
<i>cholecalciferol LIQD PO</i>	P	Age limit = less than 6 months
DRISDOL CAPS (<i>Usar ergocalciferol</i>)	NP	
<i>ergocalciferol CAPS</i>	P	
<i>ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML</i>	P	
KEY-E CHEW	P	QL(2 EA diarios)
<i>phytonadione TABS 5 MG</i>	P	
VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML	P	Age limit = 6 months to 1 year
VITAMIN E/D-ALPHA CAPS 200 UNIT	P	QL(2 EA diarios)
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 EA diarios)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
VITAMIN E CAPS	P	QL(2 EA diarios)
VITAMIN E CAPS	P	OTC; QL(2 EA diarios)
VITAMIN E CHEW	P	OTC; QL(2 EA diarios)
Vitaminas Solubles en Agua		
<i>ascorbic acid TABS</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
NIACIN ER CPCR	P	OTC
NIACIN ER TBCR	P	OTC
<i>niacin CPCR 250 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TABS 500 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TBCR</i>	P	OTC
<i>pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	OTC
<i>riboflavin TABS</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>thiamine hcl TABS</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>thiamine mononitrate TABS 100 MG</i>	P	OTC; QL(100 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)

ÍNDICE

2SAN COVID-19 RAPID SELF TEST KIT	73	acebutolol hcl CAPS	52	ACTOS (Usar pioglitazone hcl)	27
abacavir sulfate SOLN	47	acetaminophen CHEW	6	ACULAR (Usar ketorolac tromethamine (oftálmico))	125
abacavir sulfate TABS	47	acetaminophen ELIX	7	ACULAR LS (Usar ketorolac tromethamine (oftálmico))	125
abacavir sulfate-lamivudine	47	acetaminophen LIQD 160 MG/5ML	7	acyclovir CAPS	51
ABECMA	39	acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	7	acyclovir SUSP	51
ABILIFY MAINTENA PRSY	47	acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG	7	acyclovir TABS PO 400 MG	51
ABILIFY MAINTENA SRER	47	acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	7	acyclovir TABS PO 800 MG	51
ABILIFY TABS (Usar aripiprazole)	47	acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG	7	acyclovir topical CREA	67
abiraterone acetate	40	acetaminophen w/ codeine SOLN	9	acyclovir topical OINT	67
ABRAXANE (Usar paclitaxel protein-bound particles)	43	acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG	9	ADACEL SUSP	133
ABRYSVO	136	acetaminophen CP12	76	ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML- 5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	134
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Usar isotretinoin)	62	acetaminophen TABS	76	ADALIMUMAB-AATY (1 PLUMAS) AJKT	4
ACAM2000 SOLR IJ	136	acetaminophen TABS	76	ADALIMUMAB-AATY (2 PLUMAS) AJKT	4
ACCU-CHEK AVIVA SOLN	89	acetic acid (ótico)	126	ADALIMUMAB-AATY (2 JERINGAS) PSKT	4
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL LIQD	89	acetylcysteine SOLN	62	ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML	4
ACCU-CHEK GUIDE KIT	89	ACTEMRA ACTPEN SOAJ	5	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	4
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	89	ACTEMRA SOLN	5	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	4
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP	73	ACTEMRA SOSY	5	ADALIMUMAB-ADBM (2 PLUMAS) AJKT	4
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL LIQD	89	ACTHIB SOLR IM	136	ADALIMUMAB-ADBM (2 JERINGAS) PSKT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	4
ACCUPRIL (Usar quinapril hcl)	32	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	43	ADALIMUMAB-ADBM (2 JERINGAS) PSKT	4
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Usar quinapril-hydrochlorothiazide)	33	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Usar estradiol y norethindrone acetate)	80	ADALIMUMAB-ADBM (2 JERINGAS) PSKT	4
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Usar quinapril-hydrochlorothiazide) ...	33	ACTIVITE TABS 1 MG	110	ADALIMUMAB-ADBM (PS/UV INICIO) AJKT	4
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLN	90	ACTIVITY POUCH MISC	97		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	97	ACTONEL TABS 35 MG (Usar risedronate sodium)	77		
		ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Usar pioglitazone hcl-metformin hcl) ..	24		

ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40 MG/0.4ML.....	4	ADVANCE MICRO-DRAW CONTROL LIQD	90	AGAMATRIX CONTROL NORMAL/ HIGH SOLN.....	90
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40 MG/0.4ML.....	4	ADVANCE MICRO-DRAW NORMAL LIQD.....	90	AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol).....	15
ADALIMUMAB-FKJP (2 PLUMAS) AJKT	4	ADVATE	83	AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol).....	15
ADALIMUMAB-FKJP (2 JERINGAS) PSKT.....	4	ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	73	AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (Usar fluticasone-salmeterol).....	15
ADALIMUMAB-RYVK (1 PLUMAS) AJKT 80 MG/0.8ML.....	4	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	96	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	98
ADALIMUMAB-RYVK (2 PLUMAS) AJKT	4	ADYNOVATE.....	83	AIRZONE PEAK FLOW METER	98
ADALIMUMAB-RYVK (2 JERINGAS) PSKT.....	4	AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC.....	97	albuterol sulfate AERS	15
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	97	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	97	albuterol sulfate NEBU 0.083 %.....	15
ADBRY SOSY	69	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	97	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML.....	15
ADCETRIS	39	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	98	albuterol sulfate NEBU.....	15
ADCIRCA TABS (Usar tadalafil (hipertensión pulmonar)).....	55	AEROTRACH PLUS MISC	98	ALBUTEROL SULFATE NEBU	15
ADDERALL TABS (Usar amphetamine- dextroamphetamine).....	1	AFINITOR DISPERZ TBSO (Usar everolimus)	41	albuterol sulfate SYRP	15
ADDERALL XR CP24 (Usar amphetamine-dextroamphetamine).....	1	AFINITOR TABS (Usar everolimus)	41	ALCOHOL PREP PADS-MISC	96
ADEMPAS	55	AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	136	ALDACTONE TABS (Usar spironolactone).....	76
ADMELOG SOLN IJ	26	AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	137	ALDURAZYME	78
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	26	AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML.....	137	ALECENSA	41
ADRENALIN 0.1 %	120	AFLURIA SUSP	137	alendronate sodium SOLN	77
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	133	AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT	83	alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG	77
ADULT AEROSOL MASK MISC	97	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2 SOLN	90	alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG	77
ADULT DISPOSABLE MISC.....	97	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN	90	ALEVE TABS (Usar naproxen sodium).....	5
ADULT MASK LARGE MISC	97			ALIMTA SOLR (Usar pemetrexed disodium)	38
ADVAIR DISKUS AEPB (Usar fluticasone-salmeterol).....	15			ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC ..	98

ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Usar fexofenadine hcl).....	30	ALUNBRIG TBPK	41	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML.....	128
allopurinol 100 MG, 300 MG.....	83	amantadine hcl CAPS.....	44	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML.....	128
ALOCRIIL	125	amantadine hcl SOLN.....	44	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG- 500 MG	128
alogliptin benzoate	25	AMBIEN TABS (Usar zolpidem tartrate).....	86	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG	128
alogliptin-metformin hcl	24	ambrisentan	55	amoxicillin & pot clavulanate TB12	128
alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG.....	24	amiloride & hydrochlorothiazide	76	amoxicillin CAPS	128
ALOMIDE	125	amiloride hcl TABS	76	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG	128
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	80	aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML.....	85	amoxicillin SUSR.....	128
ALPHANATE SOLR.....	83	aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML.....	86	amoxicillin TABS 875 MG	128
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT.....	83	aminocaproic acid TABS 1000 MG	86	amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK	136
alprazolam TABS.....	12	aminocaproic acid TABS 500 MG	86	amphetamine-dextroamphetamine CP24 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1
ALPROLIX	83	amiodarone hcl TABS 200 MG	13	amphetamine-dextroamphetamine TABS	1
ALTACAINE 0.5 % (Usar tetracaine hcl (oftálmico))	124	AMITIZA (Usar lubiprostone)	81	ampicillin CAPS 500 MG	128
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 1 0 MG (Usar ramipril).....	32	amitriptyline hcl TABS	23	AMPYRA (Usar dalfampridine).....	131
ALTAFRIN SOLN 2.5 % (Usar phenylephrine hcl (midriático)).....	122	AMLADEX TABS.....	112	ANAFRANIL 75 MG (Usar clomipramine hcl).....	23
ALTARUSSIN-PE SYRP 100 MG/5ML- 30 MG/5ML.....	122	amlodipine besylate TABS.....	53	ANALPRAM HC LOTN EX.....	11
ALTRIXA TABS.....	112	amlodipine besylate-benazepril hcl	33	ANALPRAM-HC LOTN EX.....	11
alum & mag hydrox-simethicone LIQD.....	11	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil	33	ANAPROX DS TABS (Usar naproxen sodium)	5
alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/ 30ML-120 MG/30ML- 1200 MG/30ML, 200 MG/5ML- 20 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML- 40 MG/10ML- 400 MG/10ML	11	amlodipine besylate-valsartan	33	anastrozole	40
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP	11	amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide	33	ANTI-OXIDANT TABS 250 MG- 200 UNIT-10000 UNIT	112
ALUNBRIG TABS.....	41	AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMANO) SHEET	73	ANTIVERT CHEW (Usar meclizine hcl).....	28
		AMONDYS 45	120		
		amoxapine	23		
		amoxicillin & pot clavulanate CHEW	128		
		amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML.....	128		

ANUSOL-HC EX (Usar hydrocortisone (rectal)).....	11	ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (Usar fluticasone furoate (inhalación)).....	14	ASSURE TITANIUM STRP	73
APLIGRAF DISK.....	73	AROMASIN (Usar exemestane)	40	ATACAND (Usar candesartan cilexetil)	32
APOKYN SOCT	44	arsenic trioxide.....	43	ATACAND HCT (Usar candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide).....	33
apomorphine hydrochloride SOCT.....	44	artificial saliva SOLN	110	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG	47
apraclonidine hcl.....	123	ARZERRA.....	39	atazanavir sulfate CAPS 300 MG	47
APRISO CP24 (Usar mesalamine).....	82	ascorbic acid TABS	141	ATELVIA TBEC (Usar risedronate sodium).....	77
APTIVUS CAPS	47	ASMANEX HFA AERO	14	atenolol & chlorthalidone.....	33
AQINJECT PEN NEEDLE.....	96	ASPARLAS.....	43	atenolol TABS	52
AQUORAL SOLN.....	110	aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)	7	ATGAM	108
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	132	aspirin CHEW	7	ATIVAN TABS (Usar lorazepam).....	12
ARAVA (Usar leflunomide).....	6	ASPIRIN SUPP 300 MG.....	7	atomoxetine hcl	1
ARCALYST.....	5	aspirin TABS 325 MG.....	7	atorvastatin calcium TABS	31
ARESTIN	109	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG.....	7	atropine sulfate (oftálmico) OINT.....	122
AREXVY	137	ASSESS PEAK FLOW METER.....	98	atropine sulfate (oftálmico) SOLN	122
ARGYLE STERILE SALINE 0.9 % (Usar sodium chloride (irrigante para la encía)).....	82	ASSURE 3 CONTROL LIQD	90	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Usar atropine sulfate (oftálmico))	123
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Usar donepezil hydrochloride).....	130	ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	90	ATROPINE SULFATE SOLN 1 %.....	122
ARIKAYCE.....	3	ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD.....	90	ATROVENT HFA 17 MCG/ACT (Usar ipratropium bromide hfa).....	13
ARIMIDEX (Usar anastrozole)	40	ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL SOLN.....	90	AUBAGIO (Usar teriflunomide)	131
aripiprazole SOLN PO	47	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	96	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Usar amoxicillin y pot clavulanate)	128
aripiprazole TABS.....	47	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	96	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML.....	128
aripiprazole TBDP	47	ASSURE II CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD.....	90	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Usar amoxicillin y pot clavulanate)...	128
ARISTADA.....	47	ASSURE II CONTROL LIQD.....	90	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	96
ARISTADA INITIO	47	ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN	90	AUM PEN NEEDLE	96
ARIXTRA (Usar fondaparinux sodium)	16	ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	90	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML.....	140
ARMOUR THYROID TABS.....	133				

AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML.....	140	bacitracin (oftálmico)	123	BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS	29
AVALIDE (Usar irbesartan- hydrochlorothiazide).....	33	bacitracin (tópico) OINT	63	benazepril & hydrochlorothiazide	33
AVAPRO 150 MG, 300 MG (Usar irbesartan).....	33	bacitracin zinc OINT	63	benazepril hcl 40 MG	32
AVEED SOLN.....	10	bacitracin-polymyxin b (oftálmico)	123	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG	32
AVONEX PEN AJKT	131	baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML.....	119	BENDAMUSTINE HCL SOLN	37
AVONEX PREFILLED PSKT	131	baclofen TABS	119	bendamustine hcl SOLR.....	37
AVOPEF SOLN 100 MG/5ML	43	BACTRIM DS TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	35	BENDEKA SOLN	37
AVOWISE TABS	112	BACTRIM TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	35	BENEFIX KIT.....	83
AVSOLA.....	82	balsalazide disodium CAPS	82	BENICAR (Usar olmesartan medoxomil)	33
AYVAKIT	40	BALVERSA.....	41	BENICAR HCT (Usar olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)	33
azacitidine SUSR	38	BANZEL SUSP (Usar rufinamide).....	17	BENTYL SOLN IM (Usar dicyclomine hcl).....	134
azathioprine TABS 50 MG	108	BANZEL TABS (Usar rufinamide)	17	BENZAC AC WASH LIQD 5 %	62
azathioprine TABS 75 MG, 100 MG ..	108	BAVENCIO	39	BENZNIDAZOLE	11
azelastine hcl (oftálmico).....	125	BCG VACCINE.....	136	benzonatate 100 MG	59
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY	119	b-complex vitamins CAPS	110	benzonatate 200 MG	59
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/ SPRAY	119	b-complex vitamins TABS.....	110	benzoyl peroxide BAR	62
azithromycin PACK	88	b-complex w/ c & folic acid CAPS	110	benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	62
azithromycin SUSR.....	88	b-complex w/ c & folic acid TABS 60 MG- 10 MG-300 MCG-1 MG-20 MG- 0.01 MCG-10 MG-1.7 MG- 1.5 MG, 1 MG.....	110	benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	62
azithromycin TABS 250 MG	88	BD GLUCOSE CHEW	24	benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 %	63
azithromycin TABS 500 MG	88	BD PEN NEEDLES.....	96	BENZOYL PEROXIDE LOTN 5 %, 10 %	63
azithromycin TABS 600 MG	88	beclomethasone dipropionate 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT.....	14	benztropine mesylate TABS	44
AZOPT (Usar brinzolamide)	125	BEIZRAY CONC 20 MG/ML.....	43	BERINERT KIT.....	84
AZOR (Usar amlodipine besylate- olmesartan medoxomil).....	33	BELBUCA FILM	9	BESPONSA.....	39
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Usar sulfasalazine).....	82	BELEODAQ.....	41	BESREMI	43
AZULFIDINE TABS (Usar sulfasalazine).....	82	BELRAPZO SOLN.....	37	betaine	78
b complex w/ c CAPS	110				

betamethasone dipropionate (tópico) CREA.....	67	bisacodyl TBEC.....	88	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC.....	98
betamethasone dipropionate augmented CREA.....	67	bismuth subsalicylate CHEW 262 MG.....	27	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC.....	98
betamethasone valerate CREA.....	67	bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML.....	27	BREATHE EASE PEAK FLOW METER.....	98
betamethasone valerate LOTN.....	67	bisoprolol & hydrochlorothiazide.....	33	BREYANZI.....	39
betamethasone valerate OINT.....	67	bisoprolol fumarate.....	53	BRILINTA 60 MG, 90 MG (Usar ticagrelor).....	84
BETAPACE AF (Usar sotalol hcl (afib/af)).....	53	BIVIGAM SOLN.....	127	brimonidine tartrate 0.2 %.....	123
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Usar sotalol hcl).....	53	BLINCYTO.....	39	BRINEURA.....	78
betaxolol hcl (oftálmico) SOLN.....	122	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP.....	73	brinzolamide.....	125
bethanechol chloride.....	136	BLOOD GLUCOSE TEST STRP.....	73	brivaracetam SOLN IV 50 MG/5ML.....	17
BETHKIS NEBU (Usar tobramycin).....	3	BLULINK CONTROL HIGH & LOW LIQD.....	91	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML (Usar brivaracetam).....	17
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.25 MG/0.09ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML.....	123	BLULINK GLUCOSE TEST STRP.....	74	bromocriptine mesylate CAPS.....	44
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/ 0.11ML.....	123	BONSITY SOPN 560 MCG/ 2.24ML.....	77	bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG.....	44
bexarotene (tópico).....	65	BOOSTRIX SUSP.....	134	brompheniramine & phenyleph ELIX..	59
bexarotene.....	43	BOOSTRIX SUSY.....	134	brompheniramine & pseudoeph ELIX.....	59
BEXSERO 0.5 ML.....	136	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG.....	41	brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML.....	59
BEYFORTUS.....	128	bortezomib SOLR IJ.....	41	BRONCHITOL.....	132
bicalutamide.....	40	bosentan TABS.....	55	BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	132
BIKTARVY.....	47	bosentan TBSO 32 MG.....	55	BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC.....	98
BI-MIX SOLR.....	55	BOSULIF TABS 100 MG, 400 MG, 500 MG (Usar bosutinib).....	41	budesonide (inhalación) SUSP.....	14
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT.....	73	bosutinib TABS 100 MG, 400 MG, 500 MG.....	41	budesonide-formoterol fumarate dihydrate.....	15
BINAXNOW COVID-19 ANTIGEN SELF KIT.....	73	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO.....	118	budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT- 4.5 MCG/ACT.....	15
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT.....	90	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE SOLN.....	117		
BIOTHRAX.....	136	BRAFTOVI 75 MG.....	41		
bisacodyl SUPP.....	88				

budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT	15	butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG	6	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG	106
bumetanide TABS	76	butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG	9	calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT	106
BUMEX TABS 0.5 MG (Usar bumetanide).....	76	butalbital-aspirin-caffeine CAPS	6	calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT	106
BUPHENYL POWD (Usar sodium phenylbutyrate).....	78	butalbital-aspirin-caffeine w/cod	9	calcium polycarbophil TABS	87
BUPHENYL TABS (Usar sodium phenylbutyrate).....	78	BYETTA 10 MCG PEN SOPN 10 MCG/0.04ML (Usar exenatide).....	25	camphor & menthol LOTN	66
buprenorphine hcl SOLN	10	BYETTA 5 MCG PEN SOPN 5 MCG/0.02ML (Usar exenatide)	25	CAMPTOSAR (Usar irinotecan hcl)	44
buprenorphine hcl SUBL 2 MG	10	BYLVAY (PELLETS) CPSP	81	CAMZYOS.....	55
buprenorphine hcl SUBL 8 MG	10	BYLVAY CAPS	81	candesartan cilexetil.....	33
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG.....	10	CABLIVI	84	candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide	34
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG.....	10	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG ..	41	capecitabine.....	38
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL.....	10	CABOMETYX TABS 40 MG.....	41	CAPHOSOL SOLN	110
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL.....	10	CAFERGOT TABS (Usar ergotamine con cafeína)	104	CAPRELSA	41
bupropion hcl (disuasivo para fumadores).....	132	caffeine citrate SOLN PO 60 MG/3ML..	1	capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %	70
bupropion hcl TABS.....	20	CAFFEINE CITRATED POWD	1	capsaicin CREA 0.035 %.....	70
bupropion hcl TB12 100 MG.....	20	calcipotriene CREA	66	capsaicin CREA 0.1 %	70
bupropion hcl TB12 150 MG.....	20	calcipotriene SOLN	66	captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG.....	34
bupropion hcl TB12 200 MG.....	20	calcitonin (salmon) IJ.....	77	captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG.....	34
bupropion hcl TB12 200 MG.....	20	calcitonin (salmon) NA	77	captopril	32
bupropion hcl TB24 150 MG.....	20	calcitriol CAPS	78	CAPZASIN-HP CREA (Usar capsaicin).....	70
bupropion hcl TB24 300 MG.....	20	CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS.....	106	CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Usar capsaicin).....	70
buspirone hcl 15 MG	12	calcium acetate (aglutinante de fosfato) CAPS	82	CARAC CREA (Usar fluorouracil (tópico)).....	65
buspirone hcl 5 MG, 10 MG.....	12	calcium carbonate (antiácido) CHEW 500 MG	11	CARAFATE SUSP (Usar sucralfate). 135	
buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG.....	12	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG	106	CARAFATE TABS (Usar sucralfate).. 135	
butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG	6				
butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG.....	6				

CARBAGLU (Usar carglumic acid)	78	CARETOUCH CONTROL SOL LEVEL 2 LIQD	91	cefadroxil TABS	56
carbamazepine CHEW 100 MG	17	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC	98	cefdinir CAPS	56
carbamazepine SUSP	17	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC	98	cefdinir SUSR	56
carbamazepine TABS	17	CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC	98	cefixime CAPS	56
carbamazepine TB12	17	CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC	98	cefprozil SUSR	56
carbamide peroxide (ótico) 6.5 %	126	CARETOUCH TEST STRP	74	cefprozil TABS	56
carbidopa	44	CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC	98	ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG	56
carbidopa-levodopa TABS	44	carglumic acid	78	cefuroxime axetil TABS	56
carbidopa-levodopa TBCR	44	CARNITOR SF SOLN PO (Usar levocarnitine (modificadores metabólicos))	78	CELEXA TABS 10 MG (Usar citalopram hydrobromide)	21
carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML	37	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Usar levocarnitine (modificadores metabólicos))	78	CELEXA TABS 20 MG (Usar citalopram hydrobromide)	21
CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Usar diltiazem hcl coated beads)	53	CARNITOR TABS (Usar levocarnitine (modificadores metabólicos))	78	CELEXA TABS 40 MG (Usar citalopram hydrobromide)	21
CARDIZEM CD CP24 240 MG (Usar diltiazem hcl coated beads)	53	carteolol hcl (oftálmico)	122	CELLCEPT CAPS (Usar mycophenolate mofetil)	108
CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Usar diltiazem hcl)	53	carvedilol 25 MG	52	CELLCEPT SUSR (Usar mycophenolate mofetil)	108
CARDURA (Usar doxazosin mesylate)	33	carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG	52	CELLCEPT TABS (Usar mycophenolate mofetil)	108
CARESENS CONTROL A SOLN	91	carvedilol phosphate	52	CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS	112
CARESENS CONTROL SOLUTION A/B SOLN	91	CARVYKTI	39	cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG	56
CARESENS N GLUCOSE TEST STRP	74	CASODEX (Usar bicalutamide)	40	cephalexin SUSR	56
CARESENS N PLUS BT KIT	91	CASTIVA WARMING LOTN	70	CEPROTIN	84
CARESENS S CONTROL SOLN A/B LIQD	91	CAYSTON	36	CERDELGA	85
CARESENS S GLUCOSE TEST STRP	74	cefaclor CAPS	56	CEREZYME 400 UNIT	85
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT	74	cefaclor SUSR 250 MG/5ML	56	cetirizine hcl CHEW	30
CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	98	cefadroxil CAPS	56	cetirizine hcl SOLN PO	30
		cefadroxil SUSR	56	cetirizine hcl SYRP PO 1 MG/ML	30
				cetirizine hcl TABS	30
				cetirizine-pseudoephedrine	59

cetrorelix acetate	78	cholestyramine light PACK	31	clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	88
CETROTIDE (Usar cetrorelix acetate)	78	cholestyramine light POWD	31	clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	89
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK TABS (Usar varenicline tartrate)	132	cholestyramine PACK	31	clarithromycin TABS	89
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Usar varenicline tartrate)	132	cholestyramine POWD	31	clarithromycin TB24	89
CHANTIX TABS (Usar varenicline tartrate)	132	CHORIONIC GONADOTROPIN IM ...	77	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Usar loratadine)	30
CHEMET	27	CIBINQO	69	CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Usar loratadine)	30
CHEMSTRIP K STRP	74	cilostazol	84	CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (Usar loratadine)	30
chenodiol	81	CILOXAN OINT	123	CLARITIN SOLN (Usar loratadine)	30
chlordiazepoxide hcl CAPS	12	CIMDUO	47	CLARITIN TABS (Usar loratadine)	30
chlorhexidine gluconate (boca-garganta)	109	cimetidine hcl PO 300 MG/5ML	135	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Usar loratadine y pseudoephedrine)	59
chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %	47	cimetidine TABS	135	CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Usar loratadine y pseudoephedrine)	59
chloroquine phosphate TABS 250 MG	37	cinacalcet hcl	78	CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT	74
chloroquine phosphate TABS 500 MG	37	CINQAIR	13	CLEMASZ TABS 2.68 MG (Usar clemastine fumarate)	29
chlorpheniramine maleate SYRP	29	CINRYZE SOLR IV	84	CLEOCIN (Usar clindamycin palmitate hydrochloride)	36
chlorpheniramine maleate TABS	29	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Usar ciprofloxacin hcl)	81	CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Usar clindamycin hcl)	36
chlorpromazine hcl TABS 10 MG	46	ciprofloxacin hcl (oftálmico) SOLN	123	CLEOCIN CREA (Usar clindamycin phosphate vaginal)	139
chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG	47	ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	81	CLEOCIN-T LOTN (Usar clindamycin phosphate (tópico))	63
chlorthalidone 25 MG, 50 MG	76	ciprofloxacin-dexamethasone	126	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	98
chlorzoxazone TABS 500 MG	119	CISPLATIN SOLN 200 MG/200ML (Usar cisplatin)	37	CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.06 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR (Usar estradiol)	80
cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1250 MCG, 50000 UNIT	141	cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML	37	CLINDAGEL GEL (Usar clindamycin phosphate (tópico))	63
cholecalciferol CAPS	141	CISPLATIN SOLR	37	clindamycin hcl 150 MG, 300 MG	36
cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML	141	citalopram hydrobromide SOLN	21		
cholecalciferol LIQD PO	141	citalopram hydrobromide TABS 10 MG	21		
		citalopram hydrobromide TABS 20 MG	21		
		citalopram hydrobromide TABS 40 MG	21		
		cladribine 10 MG/10ML	38		

clindamycin palmitate hydrochloride ...36	CLOZARIL TABS (Usar clozapine)46	COMIRNATY SUSY.....137
clindamycin phosphate (tópico) GEL...63	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC98	COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (Usar emtricitabine-ritonavir-tenofovir disoproxil fumarate).....48
clindamycin phosphate (tópico) LOTN63	COAGADEX.....83	CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Usar methylphenidate hcl)2
clindamycin phosphate (tópico) SOLN63	coal tar extract SHAM 0.5 %.....73	CONCERTA TBCR 36 MG (Usar methylphenidate hcl)2
clindamycin phosphate vaginal CREA139	COARTEM.....36	CONDOMS-MISC89
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT74	codeine sulfate TABS 30 MG7	CONTOUR NEXT EZ KIT.....91
CLINPRO 5000 PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)).....109	CODEINE SULFATE TABS7	CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT91
clobetasol propionate CREA 0.05 %...68	COLAZAL CAPS (Usar balsalazide disodium)82	CONTOUR NEXT ONE KIT91
clobetasol propionate emollient base 0.05 %.....67	colchicine TABS.....83	CONTOUR PLUS BLUE KIT.....91
clobetasol propionate GEL 0.05 %.....68	colchicine w/ probenecid.....83	CONTOUR PLUS CONTROL SOLUTION LIQD91
clobetasol propionate OINT 0.05 %68	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD60	CONTOUR PLUS TEST STRP.....74
clobetasol propionate SOLN 0.05 %...68	COLESTID GRAN (Usar colestipol hcl).....31	COOL CONTROL A SOLN.....91
clomipramine hcl 75 MG23	COLESTID TABS (Usar colestipol hcl)31	COOL CONTROL B SOLN91
clonazepam TABS.....17	colestipol hcl GRAN31	COPAXONE SOSY (Usar glatiramer acetate)131
clonidine hcl (adhd) TB121	colestipol hcl TABS.....31	COPIKTRA41
clonidine hcl TABS33	COLLAVERA GEL 2 %71	COREG 25 MG (Usar carvedilol)52
clopidogrel bisulfate 75 MG84	COMBIPATCH PTTW80	COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Usar carvedilol)52
clorazepate dipotassium TABS.....12	COMBIVENT RESPIMAT AERS.....16	COREG CR (Usar carvedilol phosphate).....52
clotrimazole (tópico) CREA.....64	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 100 MG) KIT41	CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML.....73
clotrimazole (tópico) SOLN.....64	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 140 MG) KIT41	CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (Usar nadolol)53
clotrimazole vaginal CREA 1 %.....139	COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 60 MG) KIT41	CORIFACT83
clotrimazole vaginal CREA 2 %.....139	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....96	CORTEF TABS (Usar hydrocortisone).....58
clotrimazole w/ betamethasone CREA.....64	COMIRNATY 5-11 YEARS SUSP 10 MCG/0.3ML.....137	CORTENEMA (Usar hydrocortisone (intrarectal)).....10
clotrimazole w/ betamethasone LOTN64	COMIRNATY SUSP137	
clozapine TABS46		

CORTISONE ACETATE TABS.....	58	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG....	119	CYSTARAN	126
CORTROSYN SOLR (Usar cosyntropin)	73	CYCLOGYL (Usar cyclopentolate hcl)	123	cytarabine SOLN.....	38
COSOPT (Usar dorzolamide hcl-timolol maleate).....	122	CYCLOGYL 0.5 %	123	CYTOGAM SOLN.....	127
cosyntropin SOLR	73	CYCLOGYL 2 %	123	CYTOMEL TABS (Usar liothyronine sodium).....	133
COTELLIC	41	cyclopentolate hcl 1 %	123	CYTOTEC (Usar misoprostol).....	135
COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT	74	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/ 2.5ML	38	dabigatran etexilate mesylate CAPS... 17	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	74	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML (Usar cyclophosphamide)	38	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS..	112
COZAAR (Usar losartan potassium)	33	cyclophosphamide SOLN	37	DAILY VALUE MULTIVITAMIN TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG- 30 UNIT-400 MCG-1.5 MG-6 MCG- 5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG, 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG- 400 MCG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT- 1.7 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT.....	113
CREON CPEP	76	cyclophosphamide SOLR IJ	38	DAILY VITAMINS TABS 60 MG-2 MG- 0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	113
CRESTOR TABS (Usar rosuvastatin calcium)	31	cyclosporine CAPS	108	DAILY VITE MULTIVITAMIN/IRON TABS 50 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 15 MG-1.5 MG.....	113
cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT.....	120	cyclosporine modified (para microemulsión) CAPS.....	108	DAILY VITE TABS 400 UNIT- 60 MG-2 MG-30 UNIT-400 MCG- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 10 MG-1.5 MG, 60 MG-2 MG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 10 MG-1.5 MG-30 UNIT	113
cromolyn sodium (oftálmico).....	126	cyclosporine modified (para microemulsión) SOLN.....	108	DAILY VITES TABS 60 MG-2 MG- 0.4 MG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT- 10 MG-1.7 MG-20 MG-400 UNIT- 30 UNIT.....	113
cromolyn sodium NEBU.....	13	cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML	108	DAILY-VITE MULTIVITAMIN TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG- 1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG- 1500 MCG	113
crotamiton LOTN.....	72	CYLTEZO (2 PLUMAS) AJKT	4	DAILY-VITE TABS 60 MG-2 MG- 400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG- 20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG- 45 MG-30 UNIT	113
CTEXLI TABS PO 250 MG.....	81	CYLTEZO (2 JERINGAS) PSKT	4	dalfampridine	131
CURITY STERILE SALINE 0.9 % (Usar sodium chloride (irrigante para la encía)).....	82	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT	4	DALIRESP (Usar roflumilast)	14
CUTAQUIG.....	127	CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT	5		
CUVITRU SOLN	127	CYMBALTA CPEP (Usar duloxetine hcl) 23			
CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT	74	cyproheptadine hcl SYRP.....	30		
CVS GLUCOSE	24	cyproheptadine hcl TABS.....	30		
CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP.....	74	CYRAMZA.....	38		
cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML	85	CYSTADANE (Usar betaine).....	78		
cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG	119	CYSTADROPS.....	126		
		CYSTAGON CAPS	82		

dapagliflozin free base-metformin hcl TB24 PO 1000 MG-10 MG.....	24	deflazacort SUSP	58	DERMACINRX SALICYLIC ACID GEL 6 %.....	70
dapagliflozin free base-metformin hcl TB24 PO 1000 MG-5 MG.....	24	deflazacort TABS.....	58	DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Usar fluocinolone acetonide).....	68
dapagliflozin TABS PO 5 MG, 10 MG	27	DEFLUX.....	83	DERMOTIC (Usar fluocinolone acetonide (ótico)).....	127
dapagliflozin-saxagliptin	24	DELSTRIGO.....	48	DESCOVY 120 MG-15 MG	48
dapsone	36	DELZICOL CPDR (Usar mesalamine).....	82	DESCOVY 200 MG-25 MG	48
DAPTACEL.....	134	DEMEROL SOLN IJ (Usar meperidine hcl).....	7	DESFERAL 500 MG (Usar deferoxamine mesylate)	28
DARAPRIM (Usar pyrimethamine)	37	DEMSEER (Usar metyrosine)	32	desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG	23
darunavir TABS 600 MG	48	DENGVAIXA.....	137	desipramine hcl TABS 25 MG	23
darunavir TABS 800 MG	48	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Usar divalproex sodium)	19	desmopressin acetate SOLN IJ.....	79
DARZALEX	39	DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Usar divalproex sodium)	19	DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA.....	79
DARZALEX FASPRO	41	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Usar divalproex sodium)	19	desmopressin acetate spray.....	79
dasatinib.....	41	DEPAKOTE TBEC 125 MG (Usar divalproex sodium)	20	desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 %.....	79
DAUNORUBICIN HCL SOLN (Usar daunorubicin hcl)	41	DEPAKOTE TBEC 250 MG (Usar divalproex sodium)	20	desmopressin acetate TABS	79
daunorubicin hcl SOLN.....	40	DEPAKOTE TBEC 500 MG (Usar divalproex sodium)	20	desogestrel & ethinyl estradiol.....	56
DAURISMO	40	DEPEN TITRATABS TABS (Usar penicillamine).....	107	desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico)	56
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS.....	29	DEPO-PROVERA SUSP IM (Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)).....	57	desogestrel-ethinyl estradiol (trifásico)	56
DDAVP PF SOLN IJ (Usar desmopressin acetate).....	79	DEPO-PROVERA SUSY IM (Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)).....	57	desonide CREA.....	68
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Usar desmopressin acetate).....	79	DERMACINRX DIGENYX TABS 0.125 MG	134	desonide OINT	68
DDAVP TABS (Usar desmopressin acetate)	79	DERMACINRX LIDOCAINE CREA 3 %	71	desoximetasone CREA 0.05 %	68
decitabine	38			desoximetasone CREA 0.25 %	68
deferasirox PACK.....	27			desoximetasone GEL.....	68
deferasirox TABS	27			desoximetasone OINT 0.25 %	68
deferasirox TBSO.....	28			DESTRESS-IRON TABS.....	111
deferoxamine mesylate.....	28			desvenlafaxine succinate 100 MG	23
DEFITELIO.....	84				

desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG	23	dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG	1	diazepam (anticonvulsivo) GEL.....	17
DETROL LA CP24 (Usar tolterodine tartrate).....	136	dextromethorphan polistirex SUER.....	59	diazepam SOLN PO 5 MG/5ML.....	12
DETROL TABS (Usar tolterodine tartrate).....	136	dextromethorphan-doxylamine- acetaminophen LIQD	60	diazepam TABS.....	12
DEX4.....	24	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML.....	60	dibucaïne	71
DEX4 NATURALS.....	25	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML.....	60	dichlorphenamide	76
dexamethasone ELIX	58	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML.....	60	diclofenac potassium TABS 50 MG.....	5
dexamethasone sodium phosphate (oftálmico)	124	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML.....	60	diclofenac sodium (oftálmico)	126
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML.....	58	dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML.....	60	diclofenac sodium (tópico) GEL EX.....	65
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML.....	58	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG	60	diclofenac sodium TBEC	5
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML.....	58	dextromethorphan-phenylephrine- acetaminophen CAPS	60	dicloxacillin sodium.....	128
dexamethasone SOLN	58	dextrose (uso para la diabetes) CHEW 4 GM.....	25	dicyclomine hcl CAPS.....	134
dexamethasone TABS	58	DEXYCU SUSP IO	124	dicyclomine hcl SOLN PO	134
DEXCOM G6 RECEIVER	91	DHIVY TABS	44	dicyclomine hcl TABS.....	134
DEXCOM G7 15 DAY SENSOR.....	91	DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	60	diethyltoluamide (deet) LOTN 20 %, 40 %.....	71
DEXCOM G7 RECEIVER	91	DIACOMIT CAPS 250 MG	18	diethyltoluamide (deet) LOTN 34.34 %.....	71
DEXCOM G7 SENSOR.....	91	DIACOMIT CAPS 500 MG	17	DIFLUCAN SUSR (Usar fluconazol)...	29
DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Usar dextroamphetamine sulfate).....	1	DIACOMIT PACK 250 MG.....	18	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Usar fluconazol)	29
DEXILANT (Usar dexlansoprazole).....	135	DIACOMIT PACK 500 MG.....	18	diflunisal TABS	7
dexlansoprazole	135	DIALYVITE TABS 100 MG-10 MG- 0.3 MG-1 MG-1.5 MG-0.006 MG-10 MG- 1.7 MG-20 MG.....	110	digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML	54
dexmethylphenidate hcl TABS.....	2	DIASTAT PEDIATRIC GEL (Usar diazepam (anticonvulsivo)).....	17	digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG.....	54
dexrazoxane hcl	43	DIATHRIVE GLUCOSE CONTROL SOLN LIQD	91	dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML.....	104
DEXTENZA INST	124			DILANTIN (Usar phenytoin sodium extended).....	19
dextroamphetamine sulfate CP24.....	1			DILANTIN	19
				DILANTIN INFATABS CHEW (Usar phenytoin)	19
				DILANTIN SUSP (Usar phenytoin)	19
				DILANTIN-125 SUSP (Usar phenytoin)	19

DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Usar hydromorphone hcl).....	7	diphenoxylate w/ atropine LIQD	27	docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML.....	88
DILAUDID TABS 8 MG (Usar hydromorphone hcl).....	7	diphenoxylate w/ atropine TABS.....	27	DOCUSATE SODIUM SYRP	88
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG	53	dipyridamole	84	docusate sodium TABS.....	88
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG	53	disopyramide phosphate CAPS	13	dofetilide.....	13
diltiazem hcl CP12.....	54	DISPOSABLE FULL RANGE MISC ...	98	DOJOLVI.....	122
diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG..	54	DISPOSABLE LOW RANGE MISC....	99	DOLOBID TABS.....	7
diltiazem hcl CP24 240 MG	54	DISPOSABLE LOW RANGE/ PEDIATRIC MISC	99	donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG.....	130
diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	54	DISPOSABLE PAPER MISC	99	dorzolamide hcl	126
diltiazem hcl extended release beads 240 MG	54	DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC	99	DORZOLAMIDE HCL.....	126
diltiazem hcl TABS	54	disulfiram 250 MG	130	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL.....	122
dimenhydrinate TABS	28	divalproex sodium CSDR.....	20	dorzolamide hcl-timolol maleate	122
dimethyl fumarate CDPK	131	divalproex sodium TB24 250 MG.....	20	DOVATO	48
dimethyl fumarate CPDR.....	131	divalproex sodium TB24 500 MG.....	20	doxazosin mesylate.....	33
DIOVAN HCT (Usar valsartan-hydrochlorothiazide).....	34	divalproex sodium TBEC 125 MG.....	20	doxepin hcl CAPS	23
DIOVAN TABS (Usar valsartan).....	33	divalproex sodium TBEC 250 MG.....	20	doxepin hcl CONC	23
diphenhydramine hcl (sueño) CAPS 50 MG	86	divalproex sodium TBEC 500 MG.....	20	doxycycline (monohidrato) CAPS 50 MG, 100 MG.....	133
diphenhydramine hcl (sueño) TABS 25 MG	86	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Usar docetaxel)	43	doxycycline (monohidrato) TABS 50 MG, 100 MG.....	133
diphenhydramine hcl (sueño) TABS 50 MG	86	docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	43	doxycycline hyclate CAPS	133
diphenhydramine hcl CAPS.....	29	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	43	doxycycline hyclate TABS 100 MG ...	133
diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML.....	29	DOCETAXEL SOLN (Usar docetaxel)	43	doxylamine succinate (sueño).....	86
diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML.....	29	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML.....	44	DRAMAMINE CHEW.....	28
diphenhydramine hcl TABS 25 MG	29	docetaxel SOLN	43	DRISDOL CAPS (Usar ergocalciferol)	141
		DOCIVYX SOLN	44	DROPLET PEN NEEDLES	96
		docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG	88	DROPSAFE AUTOPROTECT DUO...	96
		docusate sodium CAPS 50 MG	88	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	56
				DROXIA CAPS.....	85

droxidopa	140	EASY TOUCH HEALTHPRO HIGH/ LOW LIQD	92	ELEMENT COMPACT CONTROL 3 SOLN	92
DRYSOL SOLN.....	71	EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP	74	eletriptan hydrobromide	104
DULCOLAX TBEC (Usar bisacodyl)...	88	EASYMAX 15 LEVEL 2 CONTROL SOLN	92	ELIDEL (Usar pimecrolimus)	70
duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	23	EASYMAX 15 LEVEL 2-3 CONTROL LIQD	92	ELIGARD KIT SC 7.5 MG	40
DUO-CARE CONTROL SOLUTION LIQD	91	EASYMAX CONTROL NORMAL/HIGH LIQD	92	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	40
DUROLANE PRSY	119	EBASE CONTROLLER KIT MISC.....	99	ELIMITE CREA (Usar permethrin)	72
E.E.S. GRANULES SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)	89	econazole nitrate CREA.....	64	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPk.....	16
EASY AIR NEBULIZER FILTERS MISC	99	edaravone SOLN	120	ELIQUIS TABS	16
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	96	EDURANT 25 MG (Usar rilpivirine hcl).....	48	ELLA	57
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	96	efavirenz CAPS 200 MG.....	48	ELLENCE SOLN.....	41
EASY FLOW 300 MM HOSE MISC	99	efavirenz CAPS 50 MG.....	48	ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT74	
EASY FLOW 400 MM HOSE MISC	99	efavirenz TABS.....	48	ELOCTATE	83
EASY FLOW AIR NOZZLE MISC	99	efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	48	EMBECTA AUTOSHIELD DUO	96
EASY FLOW HEPA FILTER MISC	99	efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	48	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	96
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	74	EFFER-K TBEF 25 MEQ.....	107	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	96
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT	91	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Usar venlafaxine hcl).....	23	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	96
EASY NEB NEBULIZER FILTERS MISC	99	EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Usar venlafaxine hcl).....	23	EMBRACE PEN NEEDLES	96
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP	74	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Usar venlafaxine hcl).....	23	EMBRACE PRO GLUCOSE CONTROL LIQD.....	92
EASY TOUCH CONTROL HIGH & LOW SOLN	91	EFFIENT (Usar prasugrel hcl).....	84	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP	74
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT.....	91	EFUDEX CREA (Usar fluorouracil (tópico)).....	65	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP	74
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP	74	ELAPRASE	79	EMCYT	40
		ELEMENT COMPACT CONTROL 2 SOLN	92	EMFLAZA SUSP (Usar deflazacort) ...	58
				EMFLAZA TABS (Usar deflazacort).....	58
				EMOLLIENT LOTION-MISC	69
				EMPLICITI	39

emtricitabine CAPS	48	EPIPEN 2-PAK SOAJ (Usar epinephrine (anafilaxia))	140	erythromycin ethylsuccinate TABS	89
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate	48	EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (Usar epinephrine (anafilaxia))	140	erythromycin stearate TABS 250 MG ..	89
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG	48	EPIVIR SOLN (Usar lamivudine)	48	ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML	45
EMTRIVA CAPS (Usar emtricitabine)	48	EPIVIR TABS 150 MG (Usar lamivudine)	48	ESBRIET CAPS (Usar pirfenidone) ..	133
EMTRIVA SOLN	48	EPIVIR TABS 300 MG (Usar lamivudine)	48	ESBRIET TABS (Usar pirfenidone) ...	133
EMVERM CHEW	12	epoprostenol sodium	55	escitalopram oxalate TABS 10 MG	21
enalapril maleate & hydrochlorothiazide	34	ERBITUX	39	escitalopram oxalate TABS 20 MG	21
enalapril maleate TABS	32	ergocalciferol CAPS	141	escitalopram oxalate TABS 5 MG	21
ENDARI (Usar glutamine (en caso de anemia falciforme))	85	ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML	141	ESGIC TABS (Usar butalbital-acetaminophen-caféina)	6
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	117	ergotamine w/ caffeine TABS	104	esomeprazole magnesium CPDR 20 MG	135
ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML	137	eribulin mesylate	44	esomeprazole magnesium PACK	135
ENERGIX-B SUSY	137	ERIVEDGE	40	ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT	83
ENJAYMO	84	ERLEADA 60 MG	40	ESTRACE CREA (Usar estradiol vaginal)	140
enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML	16	erlotinib hcl	39	ESTRACE TABS (Usar estradiol)	80
enoxaparin sodium SOSY	16	ertapenem sodium IJ	35	estradiol & norethindrone acetate TABS	80
ENSPRYNG	108	ERYPED 200 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)	89	estradiol PTTW	80
ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG, 26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (Usar sacubitril-valsartan)	55	ERYPED 400 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)	89	estradiol PTWK	80
EPICORD SHEE	73	erythromycin (ayuda para el acné) GEL	63	estradiol TABS	80
EPIDIOLEX	18	erythromycin (ayuda para el acné) SOLN	63	estradiol vaginal CREA	140
EPIFOAM FOAM	68	erythromycin (oftálmico)	123	estradiol vaginal TABS	140
epinephrine (anafilaxia) SOAJ 0.15 MG/0.15ML	140	ERYTHROMYCIN	123	ESTROFACTORS TABS	113
epinephrine (anafilaxia) SOAJ	140	erythromycin base CPEP	89	estrogens, conjugated TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	80
epinephrine hcl (nasal)	120	erythromycin base TABS	89	ethambutol hcl TABS	37
		erythromycin base TBEC	89	ethosuximide CAPS	19
		erythromycin ethylsuccinate SUSR	89	ethosuximide SOLN	19

ethynodiol diacet & eth estrad	56	EXFORGE HCT (Usar amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide).....	34	fenofibrate TABS 160 MG	31
etodolac CAPS	5	EXJADE TBSO (Usar deferasirox).....	28	fenofibrate TABS 54 MG	31
etodolac TABS	5	EXKIVITY	39	FENOGLIDE TABS (Usar fenofibrate).....	31
etonogestrel-ethinyl estradiol	57	EXONDYS 51	120	fenoprofen calcium CAPS 400 MG	5
etoposide CAPS	44	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC..	99	FENSOLVI (6 MESES) SC	78
etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML	44	EXSERVAN FILM	120	fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR	7
etravirine 100 MG	48	EYLEA HD SOLN	123	FERRETTS TABS	85
etravirine 200 MG	48	EYLEA SOLN	123	ferrous fumarate TABS	85
EUFLEXXA SOSY	119	EYLEA SOSY	123	ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS	85
EULEXIN	40	ezetimibe	32	ferrous gluconate TABS 324 MG	85
EURAX CREA	72	ezetimibe-simvastatin	31	ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML	85
EVENITY	77	famciclovir	51	ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML	85
everolimus TABS	41	famotidine SUSR	135	ferrous sulfate TABS	85
everolimus TBSO	41	famotidine TABS 10 MG	135	ferrous sulfate TBEC	85
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER	92	famotidine TABS 20 MG, 40 MG	135	fesoterodine fumarate	136
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	92	FARESTON (Usar toremifene citrate)	40	FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	7
EVEXITHROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG, 180 MG	133	FARXIGA TABS PO (Usar dapagliflozin)	27	fexofenadine hcl TABS 180 MG	30
EVISTA (Usar raloxifene hcl)	78	FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	74	fexofenadine hcl TABS 60 MG	30
EVKEEZA	31	FEIBA	83	FIBRYGA	83
EVOMELA IV	38	felbamate SUSP	19	FILTER AIR PP MISC	99
EVRYSDI	121	felbamate TABS	19	finasteride	83
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Usar rivastigmine)	130	FELBATOL SUSP (Usar felbamate) ...	19	fingolimod hcl	131
exemestane	40	FELBATOL TABS (Usar felbamate)	19	FINTEPLA	18
exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML	25	felodipine	54	FIORICET/CODEINE 30 MG-40 MG-50 MG-300 MG (Usar butalbital-acetaminophen-caféina con codeine)	9
exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML	25	FEMARA (Usar letrozole)	40		
EXFORGE (Usar amlodipine besylate-valsartan)	34	fenofibrate micronized 134 MG, 00 MG	31		
		fenofibrate micronized 67 MG	31		

FIRAZYR SOSY (Usar icanitabant acetate).....	84	FLOVENT HFA 44 MCG/ACT (Usar fluticasone propionate hfa)	14	fluocinonide CREA 0.05 %	68
FIRVANQ SOLR PO (Usar vancomycin hcl).....	35	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT.....	74	fluocinonide emulsified base	68
FLAVOR BLEND SUSP.....	129	FLUAD	137	fluocinonide GEL.....	68
FLAVOR PLUS LIQD.....	129	FLUAD QUADRIVALENT.....	137	fluocinonide OINT.....	68
FLAVOR SWEET DYE FREE SYRP	129	FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	137	fluocinonide SOLN	68
FLAVOR SWEET SF DYE FREE SYRP	129	FLUARIX SUSY	137	FLUORIDEX ENHANCED WHITENING PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)).....	109
FLAVOR SWEET SYRP.....	129	FLUBLOK QUADRIVALENT.....	137	FLUORIDEX PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental))	109
FLAVOR SWEET-SF SYRP.....	129	FLUBLOK SOSY.....	137	FLUORIMAX 5000 PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental))	109
flavoxate hcl.....	136	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	137	fluorometholone (oftálmico) SUSP....	124
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/400ML.....	127	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	137	fluorouracil (tópico) CREA 0.5 %.....	65
flecainide acetate	13	FLUCELVAX SUSP.....	137	fluorouracil (tópico) CREA 5 %	65
FLEET ENEMA PR (Usar sodium phosphate monobásico-sodium phosphate dibásico).....	87	FLUCELVAX SUSY.....	137	fluorouracil (tópico) SOLN.....	65
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	99	fluconazole SUSR.....	29	fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG	21
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE.....	99	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG ...	29	fluoxetine hcl CAPS 40 MG	21
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	99	fluconazole TABS 150 MG	29	fluoxetine hcl SOLN	22
FLOLAN 1.5 MG (Usar epoprostenol sodium)	55	fluconazole TABS 50 MG.....	29	FLUOXETINE HCL TABS (Usar fluoxetine hcl).....	22
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	116	fludarabine phosphate SOLN	38	fluoxetine hcl TABS 10 MG.....	22
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG	116	fludarabine phosphate SOLR.....	38	fluoxetine hcl TABS 20 MG.....	22
FLORAVITA MINI TABS.....	111	fludrocortisone acetate TABS	58	fluphenazine decanoate.....	47
FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG	116	FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	137	fluphenazine hcl TABS.....	47
FLOTREX CHEW 0.5 MG	116	FLULAVAL SUSY	137	flurazepam hcl	86
		FLUMIST	137	flurbiprofen sodium.....	126
		FLUMIST QUADRIVALENT	137	flurbiprofen TABS	5
		flunisolide (nasal).....	120	fluticasone furoate (inhalación) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT ..	14
		fluocinolone acetone (ótico).....	127	fluticasone propionate (inhalación) AEPP	14
		fluocinolone acetone OIL	68		

fluticasone propionate (nasal) SUSP 120	FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML ... 77	FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD 92
fluticasone propionate CREA 0.05 % 68	FOLOTYN 38	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER 92
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ ACT, 220 MCG/ACT 14	FOLOTYN 20 MG/ML, 40 MG/2ML (Usar pralatrexate) 38	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR 92
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT 14	fondaparinux sodium 16	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR 92
fluticasone propionate OINT 68	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONIT KIT 92	FREESTYLE LIBRE 2 READER 92
fluticasone-salmeterol AEPB100 MCG/ ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT- 50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT- 50 MCG/ACT 16	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE TEST STRP 74	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR 92
fluvoxamine maleate TABS 100 MG ... 22	FONDCIRCLE ELECTRONIC PEAK FLO 100	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR 92
fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG 22	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP 74	FREESTYLE LIBRE 3 READER 92
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT 137	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST 74	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR 93
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY 137	FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON 74	FREESTYLE LIBRE READER 93
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP 137	FORA TN'G ADVANCE PRO STRP ... 74	FREESTYLE LITE KIT 93
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY 137	FORFIVO XL TB24 (Usar bupropion hcl) 20	FULL KIT NEBULIZER SET MISC 100
FLUZONE SUSP 137	FORMALDEHYDE SOLN 47	furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML 76
FLUZONE SUSY 137	FORTEO SOPN (Usar teriparatide) 77	furosemide TABS 76
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC 100	FOSAMAX TABS 70 MG (Usar alendronate sodium) 77	FUZEON SOLR 48
FML LIQUIFILM SUSP (Usar fluorometholone (oftálmico)) 124	fosamprenavir calcium TABS 48	FYARRO 41
FOCALIN TABS (Usar dexmethylphenidate hcl) 2	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide 34	gabapentin CAPS 18
FOLAWISE TABS 113	fosinopril sodium 32	gabapentin SOLN 18
FOLCYTEINE TABS 113	FOTIVDA 41	gabapentin TABS 600 MG 18
folic acid TABS 1 MG 85	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML 16	gabapentin TABS 800 MG 18
folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG 85	FRAGMIN SOSY 16	GABLOFEN SOLN IT (Usar baclofen) 119
	FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)) 109	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML 119
		GALAFOLD 79
		galantamine hydrobromide CP24 130
		galantamine hydrobromide SOLN 130

galantamine hydrobromide TABS.....	131	GENVISC 850 SOSY.....	119	glutamine (en caso de anemia falciforme)	85
GAMASTAN IM	127	GENVOYA.....	48	glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	27
GAMIFANT	108	GEODON (Usar ziprasidone hcl)	45	glyburide TABS.....	27
GAMMAGARD	127	GERI-TUSSIN SYRP.....	62	glyburide-metformin	24
GAMMAGARD ERC 5 GM/50ML, 10 GM/100ML.....	127	GILENYA (Usar fingolimod hcl)	131	glycerin (laxante) SUPP 2 GM.....	88
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	127	GILOTRIF	39	glycine diluent	129
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML.....	127	GIMOTI SOLN NA.....	81	glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG	134
GAMMAPLEX SOLN	127	ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG	3	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW LIQD	93
GAMUNEX-C	127	GLASSIA SOLN	132	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW SOLN	93
GANIRELIX ACETATE (Usar ganirelix acetate)	78	glatiramer acetate SOSY	131	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP.....	74
ganirelix acetate	78	GLEEVEC TABS (Usar imatinib mesylate)	41	GNP ESSENTIAL ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 10 MG-75 MG-1.5 MG-30 UNIT	113
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML.....	137	glimepiride 1 MG, 2 MG	27	GNP PEN NEEDLES.....	96
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML.....	137	glimepiride 4 MG	27	GOCOVRI CP24	44
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML.....	81	glipizide TABS.....	27	GOJJI BLOOD KETONE TEST	75
GATTEX.....	82	glipizide TB24	27	GOLYTELY SOLR (Usar peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate)	87
GAUZE SPONGES.....	89	glipizide-metformin hcl	24	GONAL-F RFF REDIJECT SOPN.....	78
GAVRETO	41	GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (Usar glucagon).....	25	GONAL-F SOLR IJ 450 UNIT	78
GAZYVA.....	39	glucagon SOLR IJ 1 MG.....	25	GORDONS UREA CREA 40 %	69
gefitinib.....	39	GLUCOCARD 01 CONTROL LIQD.....	93	GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT	75
GEL-ONE	119	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLN.....	93	GRAPE SYRUP SYRP.....	129
GELSYN-3 SOSY	119	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	93	griseofulvin microsize SUSP.....	29
gemfibrozil TABS.....	31	GLUCOSE CONTROL SOLN	93	griseofulvin microsize TABS	29
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT	74	glucose-vitamin c 6 MG-4 GM.....	25	griseofulvin ultramicrosize	29
gentamicin sulfate (oftálmico) SOLN	123	GLUCOTROL XL TB24 5 MG, 10 MG (Usar glipizide)	27		
gentamicin sulfate (tópico) CREA.....	64	GLUMETZA TB24 (Usar metformin hcl).....	24		
gentamicin sulfate (tópico) OINT	64				

guaifenesin LIQD.....	62	HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML.....	83	HYCAMPIN SOLR (Usar topotecan hcl).....	44
guaifenesin TB12 1200 MG.....	62	HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT.....	83	HYCODAN SOLN (Usar hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide).....	59
guaifenesin TB12 600 MG.....	62	HEMORRHOIDAL 0.25 %-85.5 %- 3 %.....	11	hydralazine hcl TABS.....	35
guaifenesin-codeine SOLN.....	60	heparin sodium (porcino) SOLN IJ 000 UNIT/ML.....	16	HYDREA (Usar hydroxyurea).....	43
guanfacine hcl (adhd).....	1	HEPAGAM B SOLN IJ.....	127	hydrochlorothiazide CAPS.....	76
guanfacine hcl.....	33	heparin sodium (porcino) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML.....	16	hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG.....	76
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....	93	HEPLISAV-B SOSY.....	138	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN.....	59
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED.....	93	HIBERIX SOLR IJ.....	136	hydrocodone-acetaminophen SOLN.....	9
GYNAZOLE-1.....	139	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS.....	113	hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG.....	9
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ.....	5	HIZENTRA SOLN.....	127	hydrocortisone (intrarrectal).....	11
HADLIMA SOSY.....	5	HIZENTRA SOSY.....	127	hydrocortisone (rectal) EX 1 %.....	11
HAEGARDA SOLR SC.....	84	HOMATROPAIRE 5 %.....	123	hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %.....	11
HALAVEN (Usar eribulin mesylate).....	44	HULIO (2 PLUMAS) AJKT.....	5	hydrocortisone (tópico) CREA 0.5 %.....	68
HALCION 0.25 MG (Usar triazolam).....	86	HULIO (2 JERINGAS) PSKT.....	5	hydrocortisone (tópico) CREA 1 %.....	69
HALDOL DECANOATE (Usar haloperidol decanoate).....	46	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML.....	26	hydrocortisone (tópico) CREA 2.5 %.....	68
haloperidol decanoate.....	46	HUMALOG SOLN IJ.....	26	hydrocortisone (tópico) LOTN 1 %.....	69
haloperidol lactate CONC.....	46	HUMATE-P SOLR.....	83	hydrocortisone (tópico) LOTN 2.5 %.....	69
haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG.....	46	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN.....	26	hydrocortisone (tópico) OINT 1 %, 2.5 %.....	69
haloperidol TABS 20 MG.....	46	HUMULIN 70/30 SUSP.....	26	hydrocortisone butyrate SOLN.....	69
HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML.....	138	HUMULIN N KWIKPEN SUPN.....	26	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK.....	69
HEALTHY HAIR/SKIN/NAILS TABS 2 MG-2000 MCG-400 MCG-25 MG- 100 MG-25 MCG-1.7 MG-10 MG- 40 MG-1.5 MG-50 MG-2500 UNIT- 50 MG-50 MG.....	113	HUMULIN N SUSP.....	26	hydrocortisone TABS.....	58
HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS.....	85	HUMULIN R SOLN IJ.....	26		
		HYALGAN SOLN.....	119		
		HYALGAN SOSY.....	119		
		HYCAMPIN CAPS.....	44		

hydrocortisone vaginal	139	HYRIMOZ SOAJ	5	IMBRUVICA CAPS	41
hydrocortisone w/acetic acid.....	127	HYRIMOZ SOSY	5	IMBRUVICA TABS	41
HYDROMORPHONE HCL SUPP	7	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ	5	IMFINZI	39
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG	8	HYRONAN KIT	119	imipramine hcl TABS	23
hydromorphone hcl TABS 8 MG.....	8	HYZAAR (Usar losartan potassium y hydrochlorothiazide)	34	imiquimod 5 %	70
hydroxychloroquine sulfate 200 MG	37	ibandronate sodium SOLN	77	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML	104
hydroxyurea	43	IBRANCE CAPS 100 MG, 125 MG	41	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Usar sumatriptan succinate)	104
hydroxyzine hcl SYRP	12	IBRANCE TABS	41	IMITREX TABS (Usar sumatriptan succinate)	105
hydroxyzine hcl TABS	12	ibuprofen CHEW	5	IMLYGIC	44
hydroxyzine pamoate CAPS	12	ibuprofen lysine	5	IMOVAX RABIES SUSR.....	138
HYMOVIS	119	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML.....	5	IMURAN TABS (Usar azathioprine)	108
hyoscyamine sulfate ELIX	134	ibuprofen SUSP 50 MG/1.25ML.....	5	IN TOUCH GLUCOSE CONTROL SOLN	93
HYOSCYAMINE SULFATE POWD	134	ibuprofen TABS 200 MG	5	INCRELEX.....	78
hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML.....	134	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG	5	INCRUSE ELLIPTA.....	13
hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML.....	134	icatibant acetate SOSY	84	indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG	77
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG	134	ICLUSIG	41	INDERAL LA CP24 (Usar propranolol hcl)	53
hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG	134	IDELVION	83	INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT	75
hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG	134	IDHIFA.....	41	INDOCIN SUSP (Usar indomethacin)	5
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG	134	IFE-BIMIX 30/1 SOLN.....	55	indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG	5
HYPERHEP B SOLN IM.....	127	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP	75	INDOMETHACIN SODIUM	5
HYPERRHO MINI-DOSE SOSY IM 250 UNIT	127	IHEALTH CONTROL SOLUTION LIQD	93	indomethacin SUPP	5
HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT	127	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT.....	75	indomethacin SUSP	5
HYQVIA	128	ILARIS SOLN	5	INFANRIX	134
		ILUVIEN	124		
		imatinib mesylate TABS	41		

INLYTA.....	38	0.06 %.....	120	IXEMPRA KIT	44
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC	100	ipratropium bromide hfa 17 MCG/ACT	13	IXIARO	138
INQOVI	41	ipratropium bromide SOLN 0.02 %.....	13	IXINITY SOLR	83
INREBIC	42	ipratropium-albuterol SOLN	16	JADENU SPRINKLE PACK (Usar deferiasirox).....	28
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN....	26	irbesartan.....	33	JADENU TABS (Usar deferiasirox).....	28
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN ...	26	irbesartan-hydrochlorothiazide	34	JAKAFI.....	42
INSULIN LISPRO (1 UNIDAD DE DOSIFICACIÓN) SOPN	26	IRESSA (Usar gefitinib).....	39	JEMPERLI	39
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	26	irinotecan hcl.....	44	JEVTANA.....	44
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN	26	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	85	JIVI	83
INSULIN LISPRO SOLN IJ	26	IRON TABS 28 MG	85	JULUCA.....	48
INSULIN SYRINGES	96	ISENTRESS CHEW 100 MG	48	JUST RIGHT 5000 PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental))	109
INSULIN SYRINGES-MISC	96	ISENTRESS CHEW 25 MG	48	JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	32
INSUPEN PEN NEEDLES	96	ISENTRESS HD TABS	48	JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (Usar tolvaptan)	80
INSUPEN32G EXTR3ME	96	ISENTRESS PACK	48	JYNARQUE TBPK 15 MG (Usar tolvaptan)	80
INTELENCE 100 MG (Usar etravirine)	48	ISENTRESS TABS	48	JYNNEOS.....	138
INTELENCE 200 MG (Usar etravirine)	48	isoniazid SYRP	37	KALBITOR.....	84
INTELENCE 25 MG.....	48	isoniazid TABS	37	KALETRA SOLN	49
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	75	ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Usar isosorbide dinitrate).....	12	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Usar lopinavir-ritonavir).....	49
INTUNIV (Usar guanfacine hcl (adhd))	1	isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	12	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Usar lopinavir-ritonavir).....	49
INVEGA HAFYERA.....	45	isosorbide mononitrate TABS	12	KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	133
INVEGA SUSTENNA.....	45	isosorbide mononitrate TB24.....	12	KALYDECO PACK 5.8 MG.....	133
INVEGA TRINZA.....	45	isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	63	KALYDECO TABS.....	133
IPOL IJ	138	ISTODAX SOLR (Usar romidepsin)	42	KANJINTI.....	39
ipratropium bromide (nasal) 0.03 %.....	120	ISTURISA 1 MG, 5 MG.....	77	KANUMA	79
ipratropium bromide (nasal)		ITCH RELIEF CREA.....	65	KCENTRA.....	84
		itraconazole CAPS	29		

KEMOPLAT SOLN.....	38	KINRIX SUSY.....	134	KROGER HEALTHPRO CONTROL HI/LO LIQD	93
KEPIVANCE 5.16 MG.....	43	KISQALI (DOSIS DE 200 MG).....	41	K-TAB TBCR 20 MEQ (Usar potassium chloride)	107
KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Usar levetiracetam).....	18	KISQALI (DOSIS DE 400 MG).....	41	KUVAN PACK (Usar sapropterin dihydrochloride).....	79
KEPPRA TABS 1000 MG (Usar levetiracetam)	18	KISQALI (DOSIS DE 600 MG).....	41	KUVAN TABS (Usar sapropterin dihydrochloride).....	79
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Usar levetiracetam)	18	KISQALI FEMARA (DOSIS DE 200 MG).....	41	KYPROLIS.....	42
KEPPRA TABS 500 MG (Usar levetiracetam)	18	KISQALI FEMARA (DOSIS DE 400 MG).....	41	labetalol hcl TABS 100 MG.....	52
KEPPRA XR TB24 (Usar levetiracetam)	18	KISQALI FEMARA (DOSIS DE 600 MG).....	41	labetalol hcl TABS 200 MG, 400 MG	52
KERALYT GEL (Usar salicylic acid)	70	KITABIS PAK (CON NEBULIZADOR) NEBU 300 MG/5ML (Usar tobramycin).....	3	labetalol hcl TABS 300 MG.....	52
ketoconazole (tópico) CREA.....	64	KLARON (Usar sulfacetamide sodium (acné)).....	63	lactic acid (ammonium lactate) CREA.....	69
ketoconazole (tópico) SHAM 2 %	64	KLONOPIN TABS (Usar clonazepam).....	17	lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %.....	70
KETONE TEST STRP	75	KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ (Usar potassium chloride)	107	lactulose (encefalopatía).....	82
ketorolac tromethamine (oftálmico) 0.4 %.....	126	KLOR-CON TBCR 8 MEQ (Usar potassium chloride)	107	lactulose SOLN	88
ketorolac tromethamine (oftálmico) 0.5 %.....	126	KOATE SOLR.....	84	LAMICTAL CHEW (Usar lamotrigine)	18
ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML	5	KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT	84	LAMICTAL TABS (Usar lamotrigine) ...	18
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	6	KOGENATE FS KIT	84	LAMICTAL XR TB24 (Usar lamotrigine)	18
ketorolac tromethamine TABS.....	6	KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC	100	LAMISIL AT ATHLETES FOOT CREA (Usar terbinafine hcl (tópico)).....	64
KETOSTIX STRP	75	KOSELUGO	42	LAMISIL AT CREA (Usar terbinafine hcl (tópico)).....	64
ketotifen fumarate (oftálmico) 0.035 %.....	126	KOVALTRY	84	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Usar terbinafine hcl (tópico)).....	64
KEVEYIS (Usar dichlorphenamide).....	76	K-PHOS-NEUTRAL (Usar pot phosphate monobásico con sod phosphate dibásico y monobásico).....	107	lamivudine SOLN	49
KEY-E CHEW	141	KRINTAFEL	37	lamivudine TABS 150 MG.....	49
KEYTRUDA.....	39	KROGER GLUCOSE	25	lamivudine TABS 300 MG.....	49
KHAPZORY 175 MG	43			lamivudine-zidovudine	49
KIMMTRAK	39			lamotrigine CHEW.....	18

lamotrigine TABS.....	18	LEQVIO	32	levonorgestrel-eth estradiol (trifásico)	56
lamotrigine TB24	18	LETAIRIS (Usar ambrisentan).....	55	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días) 0.03 MG-0.15 MG.....	56
LANCETS-MISC	93	letrozole	40	levothyroxine sodium TABS.....	133
LANCING DEVICE-MISC.....	93	leucovorin calcium TABS	43	LEVULAN KERASTICK SOLR	65
lanolin (tópico) CREA.....	71	LEUKERAN	38	LEXAPRO TABS 10 MG (Usar escitalopram oxalate)	22
LANOLIN XX	130	LEUKINE SOLR IJ	85	LEXAPRO TABS 20 MG (Usar escitalopram oxalate)	22
LANOXIN SOLN IJ (Usar digoxin)	54	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML.....	40	LEXAPRO TABS 5 MG (Usar escitalopram oxalate)	22
LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Usar digoxin)	54	LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	40	LIALDA TBEC (Usar mesalamine).....	82
lansoprazole CPDR 15 MG	135	levallbuterol tartrate.....	16	LIBERTY GLUCOSE CONTROL MID SOLN	93
lansoprazole CPDR 30 MG	135	LEVBID TB12 (Usar hyoscyamine sulfate)	134	LIBTAYO	39
lapatinib ditosylate	42	levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML.....	18	lidocaine CREA 4 %	71
LASIX TABS (Usar furosemide)	76	levetiracetam TABS 1000 MG	18	lidocaine hcl (boca-garganta) 2 %	109
latanoprost SOLN.....	126	levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG	18	lidocaine hcl CREA 3 %	71
LATANOPROST SOLN	126	levetiracetam TABS 500 MG	18	lidocaine hcl CREA 4 %	71
LATUDA (Usar lurasidone hcl).....	45	levetiracetam TB24	18	lidocaine hcl GEL 2 %	71
leflunomide	6	levobunolol hcl 0.5 %	122	lidocaine OINT 5 %	71
lenalidomide.....	107	levocarnitine (modificadores metabólicos) SOLN PO 1 GM/10ML.....	79	lidocaine-prilocaine CREA	71
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 10 MG).....		levocarnitine (modificadores metabólicos) TABS.....	79	LIDOMAX GEL 2 %	71
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 12 MG).....	39	levocetirizine dihydrochloride TABS	30	LIDOPIN CREA 3 % (Usar lidocaine hcl).....	71
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 14 MG).....	39	levofloxacin TABS	81	LIORESAL SOLN IT (Usar baclofen)	119
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 18 MG).....	39	levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML.....	43	LIORESAL SOLN IT.....	119
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 20 MG).....	39	levoleucovorin calcium SOLR.....	43	liothyronine sodium TABS.....	133
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 24 MG).....	39	levonorgestrel & eth estradiol TABS.....	56	LIPITOR TABS (Usar atorvastatin calcium).....	31
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 4 MG).....	39	levonorgestrel (oc de emergencia) 1.5 MG	57	liraglutide.....	25
LENVIMA (DOSIS DIARIA DE 8 MG).....	39			lisdexamphetamine dimesylate CAPS	1

lisdexamfetamine dimesylate CHEW 1	lopinavir-ritonavir TABS 25 MG- 100 MG 49	lovastatin TABS 40 MG 31
lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG 34	lopinavir-ritonavir TABS 50 MG- 200 MG 49	LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Usar enoxaparin sodium)..... 17
lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG..... 34	LOPRESSOR TABS 100 MG (Usar metoprolol tartrate) 53	LOVENOX SOSY (Usar enoxaparin sodium) 17
lisinopril TABS 2.5 MG 32	LOPRESSOR TABS 50 MG (Usar metoprolol tartrate) 53	loxapine succinate 46
lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG 32	LOQTORZI 39	lubiprostone 81
LITETOUCH MASK LARGE MISC 100	loratadine & pseudoephedrine TB12 60	LUCENTIS SOSY 123
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC 100	loratadine & pseudoephedrine TB24 60	LUMAKRAS..... 42
LITETOUCH MASK SMALL MISC 100	loratadine SOLN..... 30	LUMAVEX CAPS 110
lithium..... 45	loratadine TABS..... 30	LUMIZYME..... 79
lithium carbonate CAPS..... 45	loratadine TBDP 10 MG..... 30	LUNAVIRA CAPS..... 110
lithium carbonate TABS..... 45	lorazepam TABS 13	LUNG PERFORM PEAK FLOW METER 100
lithium carbonate TBCR..... 45	LORBRENA..... 42	LUPRON DEPOT-PED (1 MES)..... 78
LITHOBID TBCR (Usar lithium carbonate)..... 45	losartan potassium & hydrochlorothiazide 34	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)..... 78
LIVMARLI 81	losartan potassium 33	lurasidone hcl..... 45
LIVTENCITY 50	LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Usar benazepril hcl) 32	LURBIPR TABS 100 MG (Usar flurbiprofen)..... 6
LODINE TABS (Usar etodolac) 6	LOTENSIN 40 MG (Usar benazepril hcl) 32	LURBIRO TABS 100 MG (Usar flurbiprofen)..... 6
LODOSYN (Usar carbidopa)..... 44	LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Usar benazepril y hydrochlorothiazide)..... 34	LUXTURNA 124
LOHIST-D LIQD 60	LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG- 10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Usar amlodipine besylate-benazepril hcl)..... 34	LYNPARZA TABS..... 42
LOMOTIL TABS (Usar diphenoxylate con atropine)..... 27	LOTRIMIN AF CREA (Usar clotrimazole (tópico))..... 64	LYSODREN 40
LONSURF 41	LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Usar clotrimazole (tópico))..... 64	MACI 119
loperamide hcl CAPS..... 27	lovastatin TABS 10 MG, 20 MG 31	MACROBID (Usar nitrofurantoin monohyd macro) 36
loperamide hcl TABS..... 27		MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Usar nitrofurantoin macrocrystal) 36
LOPID TABS (Usar gemfibrozil) 31		magnesium citrate 1.745 GM/30ML..... 87
lopinavir-ritonavir SOLN 49		magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML..... 87

magnesium oxide (suplemento de MG) CAPS 106	MEDROL TBPK (Usar methylprednisolone)..... 58	mesalamine CP24..... 82
magnesium oxide (suplemento de MG) TABS 106	medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSP IM..... 57	mesalamine CPDR 82
magnesium oxide TABS 400 MG 11	medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSY IM..... 57	mesalamine ENEM 82
malathion 72	medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG..... 130	mesalamine TBEC 82
maraviroc TABS 150 MG 49	mefloquine hcl 37	mesna SOLN..... 43
maraviroc TABS 300 MG 49	megestrol acetate SUSP 40	mesna TABS..... 43
MARGENZA..... 39	megestrol acetate TABS 40	MESNEX SOLN (Usar mesna) 43
MASK VORTEX/CHILD/FROG..... 100	MEKINIST TABS 42	MESNEX TABS 43
MASK VORTEX/TODDLER/ LADYBUG 100	MEKTOVI..... 42	MESTINON TABS (Usar pyridostigmine bromide)..... 37
MATULANE 43	MELATONIN SUBL..... 3	MESTINON TBCR (Usar pyridostigmine bromide)..... 37
MAVYRET PACK 50	melatonin TABS 3 MG, 5 MG 3	METADATE CD CPCR (Usar methylphenidate hcl)..... 2
MAVYRET TABS 50	melatonin TBDP 3 MG 3	metformin hcl TABS 500 MG 24
MAXALT TABS 10 MG (Usar rizatriptan benzoate)..... 105	meloxicam TABS 6	metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG 24
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Usar rizatriptan benzoate)..... 105	melphalan hcl IV 38	metformin hcl TB24 500 MG..... 24
MAXITROL OINT (Usar neomycin- polymy-dexameth)..... 125	memantine hcl SOLN..... 131	metformin hcl TB24 750 MG..... 24
MAXITROL SUSP (Usar neomycin- polymy-dexameth)..... 125	memantine hcl TABS..... 131	methadone hcl TABS 10 MG 8
MAXI-TUSS PE ELIX 5 MG/5ML-2 MG/5ML 60	MENOPUR SC..... 78	methadone hcl TABS 5 MG 8
medizine hcl CHEW 28	MENQUADFI 0.5 ML 136	methazolamide TABS 76
medizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG 28	MENVEO SOLN..... 136	methenamine mandelate 36
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR LIQD 94	MENVEO SOLR..... 136	methenamine-hyosc-methylene blue-sod phos-phenyl sal TABS 81.6 MG 35
MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD 94	meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML..... 8	methimazole TABS..... 133
MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Usar methylprednisolone)..... 58	meperidine hcl TABS 50 MG 8	methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG 119
	meprobamate 12	methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML..... 38
	MEPSEVII..... 79	methotrexate sodium TABS 2.5 MG.... 38
	mercaptopurine SUSP 2000 MG/100ML..... 38	methyldopa TABS..... 33
	mercaptopurine TABS..... 38	

methylergonovine maleate TABS 127	metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG 53	MICRODOT CONTROL HIGH/LOW SOLN 94
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Usar methylphenidate hcl) 2	metoprolol tartrate TABS 100 MG 53	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW 100
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Usar methylphenidate hcl) 2	metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG 53	midazolam hcl SOLN IJ 86
methylphenidate hcl CPCR 2	METROCREAM CREA (Usar metronidazole (tópico)) 72	MIDAZOLAM HCL SOLN IJ 86
methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML 2	METROGEL GEL 1 % (Usar metronidazole (tópico)) 72	midodrine hcl 141
methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML 2	metronidazole (tópico) CREA 72	miglustat 85
methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG 2	metronidazole (tópico) GEL 0.75 % 72	MIGRANAL SOLN NA (Usar dihydroergotamine mesylate) 104
methylphenidate hcl TABS 5 MG 2	metronidazole (tópico) LOTN 72	milnacipran hcl MISC 131
methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG 2	metronidazole TABS 250 MG, 500 MG 35	milnacipran hcl TABS 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG 131
methylphenidate hcl TB24 36 MG 2	metronidazole vaginal 139	MINCORA TABS 113
methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG 2	metyrosine 32	MINI MULTI VITAMINS/IRON TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG- 10 MG-1.7 MG-10 MCG-13.5 MG- 18 MG-25 MG-900 MCG-6 MCG 111
methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG 2	mexiletine hcl 13	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER 100
methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG 58	MIACALCIN IJ (Usar calcitonin (salmon)) 77	MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC 100
methylprednisolone TBP 58	MICARDIS (Usar telmisartan) 33	MINIMED INSTINCT GLUC SENSOR 94
methyltestosterone TABS 10	MICARDIS HCT (Usar telmisartan- hydrochlorothiazide) 34	MINIVELLE PTTW (Usar estradiol) 80
metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML 81	MICATIN CREA (Usar miconazole nitrate (tópico)) 65	minocycline hcl CAPS 133
metoclopramide hcl TABS 81	MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG 139	minoxidil 10 MG 35
metolazone 77	miconazole nitrate (tópico) CREA 65	minoxidil 2.5 MG 35
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG 34	miconazole nitrate vaginal CREA 139	MIRALAX POWD (Usar polyethylene glycol 3350) 88
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG 34	miconazole nitrate vaginal KIT 139	MIRCETTE (Usar desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico)) 57
metoprolol succinate TB24 200 MG 53	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG 139	MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT 73
	miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG 139	
	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM 127	

MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+	73	montelukast sodium PACK	14	MULTIPLE VITAMINS ESSENTIAL TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-20 MG- 1.5 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG- 400 UNIT-30 UNIT-5000 UNIT	114
mirtazapine TABS 15 MG	20	montelukast sodium TABS	14	MULTIPLE VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG- 400 UNIT-6 MCG-10 MG-1.7 MG- 20 MG-5000 UNIT-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 1.7 MG-20 MG-10 MG-1.5 MG-30 UNIT- 5000 UNIT, 60 MG-400 MCG-2 MG- 6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG- 5000 UNIT-1.5 MG-400 UNIT- 30 UNIT	114
mirtazapine TABS 30 MG	20	morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML	8	multiple vitamins w/ iron TABS	111
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	20	morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML	8	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	112
mirtazapine TBDP 15 MG	20	morphine sulfate SUPP 30 MG	8	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	112
mirtazapine TBDP 30 MG	20	morphine sulfate SUPP 5 MG, 10 MG, 20 MG	8	MULTIPLE VITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG- 6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT- 30 UNIT-18 MG-5000 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG- 5000 UNIT-18 MG-1.5 MG-30 UNIT...	111
mirtazapine TBDP 45 MG	20	morphine sulfate TABS	8	MULTIVITAMIN ADULT TABS	114
misoprostol	135	morphine sulfate TBCR	8	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	118
mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML	41	MOTRIN CHILDRENS CHEW (Usar ibuprofen)	6	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	118
MI-VITE RX TABS 1 MG	110	moxifloxacin hcl (oftálmico) SOLN OP	123	MULTIVITAMIN INFANTS/ TODDLERS SOLN 11 MG/ML	118
MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT	94	MOZOBIL (Usar plerixafor)	85	MULTIVITAMIN INFANTS/ TODDLERS SOLN PO	118
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP	75	MS CONTIN TBCR 15 MG (Usar morphine sulfate)	8	MULTIVITAMIN IRON-FREE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT- 10 MG-45 MG-1.5 MG-30 UNIT	114
M-M-R II SOLR	138	MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (Usar morphine sulfate)	8		
MNEXSPIKE SUSY 10 MCG/0.2ML	138	MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (Usar dextromethorphan- guaifenesin)	60		
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT	94	MUCINEX DM TB12 (Usar dextromethorphan-guaifenesin)	60		
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP	138	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Usar guaifenesin)	62		
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY	138	MUCINEX TB12 (Usar guaifenesin)	62		
molindone hcl	46	MULTI VITAMIN TABS	113		
mometasone furoate CREA	69	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	113		
mometasone furoate OINT	69	multiple vitamin TABS	114		
mometasone furoate SOLN	69	MULTIPLE VITAMIN-FOLIC ACID TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG- 400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG- 5000 UNIT-10 UNIT	114		
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF 1 %	139				
MONJUVI	39				
MONOVISC	119				
montelukast sodium CHEW	14				

MULTIVITAMIN PLUS IRON ADULT TABS 60 MG-2 MG-13.5 MG-400 MCG- 10 MCG-6 MCG-1.7 MG-20 MG- 1500 MCG-10 MG-18 MG-75 MG- 1.5 MG 111	mycophenolate mofetil CAPS..... 108	naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG 6
MULTI-VITAMIN TABS 60 MG-2 MG- 30 MCG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG- 1.5 MG-30 UNIT 114	mycophenolate mofetil SUSR 108	naproxen SUSP..... 6
MULTIVITAMIN TABS 114	mycophenolate mofetil TABS 108	naproxen TABS 6
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG 116	mycophenolate sodium 108	naratriptan hcl 105
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG 116	MYDRIACYL SOLN (Usar tropicamide) 123	NARCAN LIQD (Usar naloxone hcl)..... 28
MULTIVITAMIN/FLUORIDE SUSP 0.5 MG/ML 116	MYFORTIC (Usar mycophenolate sodium) 108	NARDIL (Usar phenelzine sulfate) 21
MULTI-VITAMIN/IRON TABS 400 UNIT- 60 MG-2 MG-400 MCG- 6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG- 10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT- 6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT- 10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT 111	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLN 94	nateglinide 27
MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG 116	MYLERAN TABS..... 38	NATPARA 77
MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG 116	MYNEPHRON CAPS 1 MG 110	NATROBA (Usar spinosad) 72
mupirocin calcium (tópico) 64	MYSOLINE (Usar primidone) 18	NAT-RUL DAILY-VITE+IRON TABS 60 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG- 18 MG-1.5 MG-2 MG-30 UNIT 112
mupirocin OINT 64	NABI-HB SOLN IM..... 127	NAYZILAM..... 17
MVASI 39	nabumetone..... 6	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC 100
MX-SOL BLEND SF SUSP 129	nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG 53	NEBULIZER MASK ADULT MISC 100
MX-SOL BLEND SUSP 129	NAGLAZYME 79	NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC 100
MX-SOL SF SYRP 129	NALFON CAPS (Usar fenoprofen calcium)..... 6	NEBULIZER MASK CHILD MISC 100
MX-SOL SUSPEND SUSP 129	naloxone hcl LIQD..... 28	NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC 101
MX-SOL SYRP 129	naloxone hcl SOCT 28	NEBUSAL NEBU 3 % (Usar sodium chloride (inhalador)) 62
MYALEPT 79	naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML 28	nefazodone hcl 22
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Usar ethambutol hcl) 37	naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML 28	NEOMULTIVITE TABS 114
MYCOBUTIN (Usar rifabutin) 37	naltrexone hcl 28	neomycin sulfate TABS 3
	NAMENDA TITRATION PAK TABS (Usar memantine hcl)..... 131	neomycin-bacitracin zn-polymyxin 124
	naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %..... 124	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT..... 64
	NAPROSYN SUSP (Usar naproxen).... 6	
	NAPROSYN TABS 500 MG (Usar naproxen)..... 6	
	naproxen sodium TABS 220 MG..... 6	

neomycin-polymyx-dexameth OINT.....	125	NEXAVAR (Usar sorafenib tosylate)	42	nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG	42
neomycin-polymyx-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ ML, 0.1 %.....	125	NEXIUM 24HR CPDR (Usar esomeprazole magnesium)	135	NINLARO.....	42
neomycin-polymyxin w/ pramoxine	64	NEXIUM CPDR 20 MG (Usar esomeprazole magnesium)	135	nitisinone CAPS	79
neomycin-polymyxin-gramicidin	124	NEXIUM PACK (Usar esomeprazole magnesium)	135	NITRO-DUR PT24 (Usar nitroglycerin)	12
neomycin-polymyxin-hc (oftálmico)	125	NEXVIAZYME	79	nitrofurantoin.....	36
neomycin-polymyxin-hc (ótico) SOLN	126	niacin (antihiperlipidémicos) TABS	32	nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG.....	36
neomycin-polymyxin-hc (ótico) SUSP	127	niacin (antihiperlipidémicos) TBCR	32	nitrofurantoin monohyd macro.....	36
NEOPROFEN (Usar ibuprofen lysine).....	6	niacin CPCR 250 MG.....	141	nitroglycerin OINT.....	12
NEORAL CAPS (Usar cyclosporine modificada (para microemulsión)).....	108	NIACIN ER CPCR.....	141	nitroglycerin PT24	12
NEORAL SOLN (Usar cyclosporine modificada (para microemulsión)).....	108	NIACIN ER TBCR	141	nitroglycerin SUBL.....	12
NEOTUSS LIQD 200 MG/5ML-30 MG/5ML.....	60	niacin TABS 500 MG.....	141	NITROSTAT SUBL (Usar nitroglycerin)	12
NERLYNX.....	42	niacin TBCR	141	NITRO-TIME CPCR 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG	12
NEURONTIN CAPS (Usar gabapentin).....	18	nicardipine hcl CAPS	54	NITYR TABS.....	79
NEURONTIN SOLN (Usar gabapentin).....	18	NICORETTE GUM 4 MG (Usar nicotine polacrilex).....	132	NIVA THYROID TABS.....	133
NEURONTIN TABS 600 MG (Usar gabapentin).....	18	NICORETTE MINI LOZG 4 MG (Usar nicotine polacrilex).....	132	NIZORAL SHAM	65
NEURONTIN TABS 800 MG (Usar gabapentin).....	18	NICORETTE STARTER KIT GUM 2 MG (Usar nicotine polacrilex).....	132	NORDITROPIN FLEXPPO SOPN	78
NEUTEK 2TEK CONTROL SOLN.....	94	NICOTINE KIT.....	132	norelgestromin-ethinyl estradiol.....	57
nevirapine SUSP	49	nicotine polacrilex GUM	132	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG- 20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG- 75 MG	57
nevirapine TABS.....	49	nicotine polacrilex LOZG.....	132	norethindrone & eth estradiol.....	57
nevirapine TB24 400 MG.....	49	nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR	132	norethindrone & ethinyl estradiol-fe.....	57
NEWVITE TABS.....	114	NICOTROL INHA.....	132	norethindrone (anticonceptivo).....	58
		NICOTROL NS SOLN	132	norethindrone acet & eth estra TABS	57
		nifedipine CAPS	54	norethindrone acetate TABS.....	130
		nifedipine TB24 30 MG, 90 MG.....	54	norethindrone acetate-ethinyl estradiol	80
		nifedipine TB24 60 MG	54		

norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe	57	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	26	NYSTATIN (Usar nystatin (boca-garganta))	109
norethindrone-eth estradiol (trifásico)	57	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	26	nystatin (boca-garganta)	109
norgestimate-ethinyl estradiol (trifásico)	57	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP	26	nystatin (tópico) CREA	65
norgestimate-ethinyl estradiol	57	NOVOLIN 70/30 SUSP	26	nystatin (tópico) OINT	65
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG	57	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN. 26		nystatin (tópico) POWD EX	65
NORPACE CAPS (Usar disopyramide phosphate)	13	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	26	nystatin TABS	29
NORPACE CR CP12 150 MG	13	NOVOLIN N RELION SUSP	26	nystatin-triamcinolone CREA	65
NORPRAMIN TABS 10 MG (Usar desipramine hcl)	23	NOVOLIN N SUSP	27	nystatin-triamcinolone OINT	65
NORPRAMIN TABS 25 MG (Usar desipramine hcl)	23	NOVOLIN R FLEXPEN RELION SOPN IJ	27	OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED	73
NORTHERA (Usar droxidopa)	141	NOVOLIN R FLEXPEN SOPN IJ	27	OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED	73
nortriptyline hcl CAPS	23	NOVOLIN R RELION SOLN IJ	27	OBIZUR	84
nortriptyline hcl SOLN	23	NOVOLIN R SOLN IJ	27	OCALIVA	81
NORVASC TABS (Usar amlodipine besylate)	54	NOVOSEVEN RT	84	OCTAGAM SOLN	127
NORVIR TABS (Usar ritonavir)	49	NP THYROID TABS	133	octreotide acetate KIT	79
NOSE CLIP MISC	101	NUBEQA	40	octreotide acetate SOLN	80
NOVA MAX PLUS GLU/KET CONTROL LIQD	94	NULEV TBDP 0.125 MG (Usar hyoscyamine sulfate)	134	OCUFLOX (Usar ofloxacin (oftálmico))	124
NOVA MAX PLUS KETONE TEST	75	NULIBRY	79	ODEFSEY	49
NOVACHOR	73	NULOJIX	108	ODOMZO	40
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLN 10 MG/ML	118	NUMOISYN LIQD	110	OFF DEEP WOODS AERO	71
NOVAREL IM 5000 UNIT	78	NUPLAZID CAPS	45	OFF DEEP WOODS DRY AERO	72
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP	138	NUPLAZID TABS 10 MG	45	ofloxacin (oftálmico)	124
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY	138	NUTRIVIO CAPS 1 MG	110	ofloxacin (ótico)	126
		NUVARING (Usar etonogestrel-ethinyl estradiol)	57	ofloxacin 400 MG	81
		NUVAXOVID COVID-19 VACCINE SUSY 5 MCG/0.5ML	138	OGIVRI	39
		NUWIQ KIT	84	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	75
		NUWIQ SOLR	84	olanzapine TABS 15 MG, 20 MG	46

olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG	46	OMNITROPE SOLR SC	78	ONE-DAILY MULTI VITAMINS TABS 50 MG-20 MG-1 MG-1.5 MG-400 UNIT- 3 MCG-1 MG-1.7 MG-4000 UNIT- 60 MG	115
olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG	46	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	75	ONE-DAILY MULTI-VITAMIN TABS 50 MG-1 MG-1.5 MG-10 MCG-3 MCG- 1.7 MG-20 MG-1200 MCG-1 MG- 60 MG	115
olmesartan medoxomil	33	ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT	75	ONE-DAILY MULTI-VITAMIN/IRON TABS 50 MG-1 MG-20 MG-2 MG- 10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG- 1 MG-18 MG	112
olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide	34	ONCASPAR	43	ONE-DAILY/IRON TABS 50 MG-2 MG- 20 MG-1 MG-400 UNIT-1 MCG-1 MG- 2.5 MG-18 MG-5000 UNIT	112
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide	34	ONCE DAILY TABS 400 UNIT- 50 MG-1 MG-2 MG-1 MCG-5000 UNIT- 1 MG-2.5 MG-20 MG	114	ONETOUCH ULTRA 2 KIT	95
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	101	ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML	28	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP	75
omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 1200 MG	122	ondansetron hcl TABS 24 MG	28	ONETOUCH ULTRA CONTROL LIQD	95
omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG	122	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG	28	ONETOUCH ULTRA STRP	75
OMEPRAZOLE	56	ondansetron TBDP 16 MG	28	ONETOUCH ULTRA TEST STRP	75
OMEPRAZOLE 20MG TABLET	135	ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG	28	ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT	95
omeprazole CPDR	135	ONE DAILY ESSENTIAL TABS	114	ONETOUCH VERIO LIQD	95
omeprazole magnesium TBEC	135	ONE DAILY ESSENTIALS TABS	114	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	95
OMNICAP TABS	114	ONE DAILY MULTIVITAMIN ADULT TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG- 400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG- 5000 UNIT	114	ONETOUCH VERIO STRP	75
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	94	ONE DAILY MULTIVITAMIN/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG- 400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG- 5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG- 30 UNIT	112	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC	101
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 MISC	94	ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG- 1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG- 20 MG-5000 UNIT	114	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC	101
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	94	ONE FLOW TESTER MISC	101	ONGLYZA 5 MG (Usar saxagliptin hcl)	25
OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISC	94	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	115	ONPATTRO	132
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISC	94	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Usar multivitamínico)	115	ONUREG TABS	38
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	94	ONE-A-DAY MENS TABS (Usar multivitamínico)	115	OPDIVO	39
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	94			OPDUALAG	41
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISC	94				
OMNIPOD POD PALS	95				
OMNITROPE SOCT	78				

OPILL.....	58	oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG.....	51	oxycodone w/ acetaminophen SOLN	9
ORA-BLEND SF SUSP	129	oseltamivir phosphate SUSR.....	51	oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG	9
ORA-BLEND SUSP	129	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS IJ 2 ML, 5 ML, 10 ML.....	73	OXYCONTIN T12A.....	8
oral electrolytes SOLN	106	OTEZLA TABS	6	oyster shell.....	106
ORAL MIX SF SUSP	129	OTEZLA TBPk	6	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS 500 MG-200 UNIT	106
ORAL MIX SUSP	129	OTREXUP SOAJ 20 MG/0.4ML.....	4	OZURDEX IMPL	125
ORAL SUSPEND LIQD	129	OTULFI SOLN SC 45 MG/0.5ML.....	66	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	44
ORAL SYRUP SF SYRP	129	OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML.....	66	paclitaxel protein-bound particles	44
ORAL SYRUP SYRP	129	OVACE PLUS WASH LIQD (Usar sulfacetamide sodium).....	66	PADCEV	39
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD.....	129	OVACE WASH LIQD (Usar sulfacetamide sodium).....	66	PALYNZIQ	79
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD	129	OVIDE (Usar malathion).....	72	PAMELOR CAPS (Usar nortriptyline hcl)	23
ORA-PLUS LIQD	129	OVIDREL SOSY	78	pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML.....	77
ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	129	oxazepam CAPS.....	13	PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	77
ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %	129	OXBRYTA TABS 500 MG.....	85	PANDA MASK LARGE	101
ORENITRAM TBCR	55	OXBRYTA TBSO.....	85	PANDA MASK MEDIUM.....	101
ORFADIN CAPS (Usar nitisinone)	79	oxcarbazepine SUSP.....	18	PANDA MASK SMALL.....	101
ORFADIN SUSP	79	oxcarbazepine TABS.....	18	PANHEMATIN 350 MG.....	84
ORKAMBI PACK.....	133	OXLUMO	83	pantoprazole sodium TBEC 20 MG	135
ORKAMBI TABS	133	oxybutynin chloride TABS	136	pantoprazole sodium TBEC 40 MG	135
ORLADEYO	84	oxybutynin chloride TB24.....	136	PANZYGA.....	127
orphenadrine citrate TB12	119	oxycodone hcl CAPS	8	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC.....	101
ORTHOVISC.....	119	oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML.....	8	PARI BABY CONVERSION KIT MISC	101
OSCIMIN SUBL 0.125 MG (Usar hyoscyamine sulfate)	134	oxycodone hcl SOLN	8		
OSCIMIN TABS 0.125 MG (Usar hyoscyamine sulfate)	134	oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG	8		
oseltamivir phosphate CAPS 30 MG.....	51	oxycodone hcl TABS 30 MG.....	8		
		oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG.....	8		

PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK MISC	101	PAXIL TABS 10 MG (Usar paroxetine hcl)	22	pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG	117
PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC	101	PAXIL TABS 20 MG (Usar paroxetine hcl)	22	pediatric multivitamins w/fl SUSP 0.5 MG/ML	117
PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI	101	PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Usar paroxetine hcl)	22	PEDIATRIC PANDA MASK	102
PARI MASK SET MISC	101	PAXLOVID (150/100)	50	pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN	117
PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC	101	PAXLOVID (300/100)	50	PEDVAX HIB SUSP	136
PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	102	pazopanib hcl	42	peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR	87
PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC	102	PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN	118	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	87
PARI VORTEX ADULT MASK	102	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	118	PEGASYS SOLN	50
PARI VORTEX PEDIATRIC MASK ...	102	PCCA SWEET-SF SYRP	129	PEG-PREP	87
paricalcitol SOLN	79	PCCA SYRUP VEHICLE SYRP	129	PEMAZYRE	42
PARLODEL CAPS (Usar bromocriptine mesylate)	44	PCCA-PLUS SUSP	129	PEMETREXED 500 MG/20ML	38
PARLODEL TABS (Usar bromocriptine mesylate)	44	PEAK A-I-R FLOW METER	102	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG	38
PARNATE (Usar tranlylcypromine sulfate)	21	PEAK AIR PEAK FLOW METER	102	PEMFEXY	38
paroxetine hcl SUSP	22	PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG	102	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	96
paroxetine hcl TABS 10 MG	22	PED DISPOSABLE MISC	102	PEN NEEDLES	97
paroxetine hcl TABS 20 MG	22	ped multivitamins w/fl & iron SOLN	116	PENBRAYA	136
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG	22	PEDIACARE CHILDRENS LONG-ACT LIQD 7.5 MG/5ML	59	penicillamine TABS	107
paroxetine hcl TB24	22	PEDIAPRED SOLN (Usar prednisolone sodium phosphate)	58	penicillin v potassium SOLR	128
PARSABIV	79	PEDIARIX SUSY	134	penicillin v potassium TABS	128
PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG	106	PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC	102	PENTACEL	134
PAXIL CR TB24 (Usar paroxetine hcl)	22	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	116	pentoxifylline	84
PAXIL SUSP (Usar paroxetine hcl)	22	pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG	117	PEPCID TABS (Usar famotidine)	135
				PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Usar oxycodone con acetaminophen)	9

PERCOCET TABS 325 MG-2.5 MG (Usar oxycodone con acetaminophen).....	9	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML- 15 MG/5ML.....	61	PIN RID CHEW	12
PERIDEX (Usar chlorhexidine gluconate (boca-garganta)).....	109	phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML.....	61	pindolol TABS	53
PERJETA.....	39	phenylephrine-dm SOLN	61	pioglitazone hcl.....	27
PERMETHRIN CREA 5 % (Usar permethrin)	72	phenylephrine-guaifenesin LIQD 5 MG/5ML-100 MG/5ML.....	61	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS	24
permethrin CREA.....	72	phenytoin CHEW.....	19	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	75
permethrin LIQD EX.....	72	phenytoin sodium extended 100 MG	19	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION LIQD	95
perphenazine TABS	47	phenytoin sodium SOLN.....	19	PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 200 MG).....	42
perphenazine-amitriptyline.....	131	phenytoin SUSP	19	PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 250 MG).....	42
PERSERIS PRSY	45	PHOSPHA 250 NEUTRAL 852 MG- 155 MG-130 MG (Usar pot phosphate monobásico con sod phosphate dibásico y monobásico)	107	PIQRAY (DOSIS DIARIA DE 300 MG).....	42
PERSONAL BEST FULL RANGE	102	PHOTOFRIN	43	pirfenidone CAPS.....	133
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP	138	PHOTREXA-PHOTREXA VISCIOUS KIT.....	124	pirfenidone TABS	133
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP	138	PHYRAGO 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG	42	piroxicam CAPS	6
PFLEX MISC	102	phytonadione TABS 5 MG	141	PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT KIT.....	95
PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC.....	102	PIFELTRO	49	PLAQUENIL (Usar hydroxychloroquine sulfate)	37
phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG.....	83	PIKO 1	102	PLAVIX 75 MG (Usar clopidogrel bisulfate)	84
PHENAZOPYRIDINE HCL TABS 100 MG, 200 MG.....	83	PILLOW MASK/ADULT MISC.....	102	PLEGRIDY SOAJ	131
phenelzine sulfate	21	PILLOW MASK/CHILD MISC.....	102	PLEGRIDY SOSY IM.....	131
phenobarbital ELIX.....	86	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	102	PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ.....	131
phenobarbital TABS	86	pilocarpine hcl (oral) 5 MG.....	110	PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC.....	131
phenylephrine hcl (midriático) SOLN 2.5 %.....	123	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %.....	123	PLENITY	1
phenylephrine hcl (oral) TABS	120	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	75	PLENITY WELCOME KIT	1
PHENYLEPHRINE HCL SOLN (Usar phenylephrine hcl (midriático)).....	123	pimecrolimus	70	plerixafor	85
				PNEUMOVAX 23 SOLN.....	136

PNEUMOVAX 23 SOSY.....	136	potassium chloride CPCR 10 MEQ.....	107	prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML.....	58
POCKET PEAK FLOW METER	102	potassium chloride CPCR 8 MEQ.....	107	prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML.....	58
POCKETCHEM EZ CONTROL SOLN	95	potassium chloride microencapsulated crystals er.....	107	prednisolone SOLN.....	58
POCKETPEAK PEAK FLOW METER	102	potassium chloride PACK PO 20 MEQ	107	prednisolone TABS.....	58
podofilox SOLN	70	potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 %	107	PREDNISONE INTENSOL CONC	58
POLIVY	39	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ.....	107	prednisone SOLN.....	58
POLYCOSE LIQD	122	potassium citrate (alcalinizante) TBCR	82	prednisone TABS	58
POLYCOSE POWD	122	POTELIGEO.....	39	prednisone TBPk	58
polyethylene glycol 3350 POWD.....	88	PRADAXA CAPS (Usar dabigatran etexilate mesylate)	17	PREGNYL IM	78
polymyxin b-trimethoprim.....	124	pralatrexate.....	38	PREHEVBRIO.....	138
polysaccharide iron complex CAPS	85	PRALUENT SOAJ	32	PREMARIN	140
POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG.....	117	pramipexole dihydrochloride TABs.....	44	PREMARIN TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (Usar estrógenos, conjugados)	80
POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG.....	117	prasugrel hcl	84	PREMIUM LIDOCAINE OINT 5 % (Usar lidocaine).....	71
polyvinyl alcohol 1.4 %.....	122	pravastatin sodium	31	PREMPHASE.....	80
POLY-VI-SOL SOLN PO.....	118	prazosin hcl CAPS	33	PREMPRO	80
POLY-VITA SOLN PO	118	PRECISION GLUCOSE KETONE CONTR LIQD	95	PRENATAL VITAMINS-MISC.....	118
POLY-VITA/IRON SOLN.....	118	PRECISION XTRA KETONE	75	PREPARATION H EX 1 %.....	11
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO.....	118	PRED FORTE (Usar prednisolone acetate (oftálmico)).....	125	PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %.....	11
POLY-VITE/IRON SOLN.....	118	PRED MILD	125	PREVACID 24HR CPDR (Usar lansoprazole).....	135
pomalidomide 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	40	prednisolone acetate (oftálmico)	125	PREVACID CPDR 30 MG (Usar lansoprazole).....	135
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Usar pomalidomide)	40	PREDNISOLONE ACETATE P-F	125	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Usar sodium fluoride (dental)).....	109
PORTRAZZA.....	40	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	125	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Usar sodium fluoride (dental)).....	109
pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic.....	107				
potassium bicarbonate TBEF	107				

PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Usar sodium fluoride (dental))	109	probenecid	83	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	102
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Usar sodium fluoride (dental)).....	109	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Usar nifedipine).....	54	propafenone hcl TABS	13
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Usar sodium fluoride (dental))	109	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Usar nifedipine)	54	propranolol hcl CP24.....	53
PREVIDENT GEL (Usar sodium fluoride (dental))	109	prochlorperazine.....	47	propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML	53
PREVNAR 20	136	prochlorperazine maleate TABS	47	propranolol hcl TABS.....	53
PREVYMIS SOLN.....	50	PROCYSBI CPDR	82	propylthiouracil.....	133
PREVYMIS TABS	50	PROCYSBI PACK.....	82	PROQUAD SUSR.....	138
PREZCOBIX.....	49	PROFILNINE.....	84	PROSCAR (Usar finasteride)	83
PREZISTA SUSP	49	progesterone CAPS 100 MG.....	130	PROTEXT SUSP	73
PREZISTA TABS 150 MG	49	progesterone CAPS 200 MG.....	130	PROTONIX TBEC 20 MG (Usar pantoprazole sodium)	135
PREZISTA TABS 600 MG (Usar darunavir).....	49	PROGRAF CAPS (Usar tacrolimus)	108	PROTONIX TBEC 40 MG (Usar pantoprazole sodium)	135
PREZISTA TABS 75 MG.....	49	PROGRAF PACK.....	108	PROVENTIL HFAAERS (Usar albuterol sulfate)	16
PREZISTA TABS 800 MG (Usar darunavir).....	49	PROLASTIN-C SOLN.....	132	PROVERA 5 MG, 10 MG (Usar medroxyprogesterone acetate)	130
PRIALT.....	7	PROLEUKIN.....	43	PROXIVOL GEL 2 %	71
PRILOSEC OTC TBEC (Usar omeprazole magnesium)	135	PROLIA SOSY	77	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Usar fluoxetine hcl).....	22
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Usar primaquine phosphate)	37	promethazine & phenylephrine SYRP	61	PROZAC CAPS 40 MG (Usar fluoxetine hcl).....	22
primaquine phosphate TABS.....	37	PROMETHAZINE HCL POWD	56	pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML	61
primidone	18	promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML.....	30	pseudoephedrine hcl TABS	120
PRIORIX SUSR	138	promethazine hcl SUPP	30	pseudoephedrine hcl TB12.....	120
PRISTIQ 100 MG (Usar desvenlafaxine succinate).....	23	promethazine hcl TABS	30	pseudoephedrine hcl w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML.....	61
PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Usar desvenlafaxine succinate)	23	promethazine w/codeine SOLN	61	pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG	61
PRIVIGEN SOLN	127	promethazine w/codeine SYRP.....	61	pseudoephedrine-ibuprofen TABS	61
PROAIR RESPICLICK AEPB.....	16	promethazine-dm SYRP.....	61		
		PROMETRIUM CAPS 100 MG (Usar progesterona)	130		
		PROMETRIUM CAPS 200 MG (Usar progesterona)	130		

psyllium CAPS 0.36 GM, 0.52 GM.....	87	PYRUKYND TAPER PACK TBPK	84	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP	75
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 58.6 %, 100 %	87	PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	66	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	97
psyllium POWD 43 %	87	PYZCHIVA SC 45 MG/0.5ML	66	QUICKTEK CONTROL SOLUTION LIQD	95
PTS PANELS EGLU TEST STRP	75	QC CALCIUM 500MG-D3 TABS	106	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	75
PULMICORT SUSP (Usar budesonide (inhalación))	15	QC DAILY MULTIVITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	112	quinapril hcl	32
PULMOZYME	133	QC ESSENTIALS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	115	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG	34
PURAPLY	73	QINLOCK	42	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG	34
PURE COMFORT FLOW METER ADULT	102	QTERN 5 MG-10 MG	24	quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG	34
PURE COMFORT FLOW METER CHILD	102	QUADRACEL SUSP	134	quinidine gluconate TBCR	13
PURE COMFORT PEAK FLOW MISC	103	QUADRACEL SUSY	134	quinidine sulfate TABS	13
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	97	QUESTRAN LIGHT POWD (Usar cholestyramine light)	31	QUINTABS TABS	115
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (Usar mercaptopurine)	38	QUESTRAN PACK (Usar cholestyramine)	31	QUINTET CONTROL HIGH/NORMAL SOLN	95
pyrantel pamoate SUSP	12	QUESTRAN POWD (Usar cholestyramine)	31	QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	15
pyrazinamide	37	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG	46	QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	15
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %	73	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG	46	RA GLUCOSE	25
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %	72	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG	46	RABAVERT	138
PYRIDIDIUM TABS (Usar phenazopyridine hcl)	83	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG	117	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	120
pyridostigmine bromide TABS 60 MG	37	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	117	RADICAVA ORS SUSP	120
pyridostigmine bromide TBCR	37	QUFLORA PEDIATRIC SUSP 0.5 MG/ML	117	RADICAVA SOLN (Usar edaravone)	120
pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG	141	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT	95	raloxifene hcl	78
pyrimethamine	37			ramipril CAPS	32
PYRUKYND TABS	84			RAPAMUNE SOLN (Usar sirolimus)	108
				RAPAMUNE TABS (Usar sirolimus)	108

RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 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.....	4	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Usar mirtazapine).....	20	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC	103
REBIF REBIDOSE SOAJ.....	131	REMERON TABS 15 MG (Usar mirtazapine).....	20	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC.....	103
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ.....	131	REMERON TABS 30 MG (Usar mirtazapine).....	20	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC	103
REBIF SOSY.....	131	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS.....	3	REVATIO SOLN (Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)).....	55
REBIF TITRATION PACK SOSY	131	RENAL CAPS 1 MG	110	REVATIO SUSR (Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)).....	55
REBINYN.....	84	RENO CAPS CAPS 1 MG	110	REVATIO TABS (Usar sildenafil citrate (hipertensión pulmonar)).....	55
RECLAST SOLN (Usar zoledronic acid)	77	RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	133	REVCovi	79
RECOMBIMATE SOLR.....	84	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	32	REVLIMID (Usar lenalidomide)	107
RECOMBIVAX HB SUSP.....	138	REPATHA SOSY.....	32	REYATAZ CAPS 200 MG (Usar atazanavir sulfate)	49
RECOMBIVAX HB SUSY.....	138	REPATHA SURECLICK SOAJ.....	32	REYATAZ CAPS 300 MG (Usar atazanavir sulfate)	49
RECORLEV.....	77	REPLACEMENT AIR FILTER MISC	103	REYATAZ PACK.....	49
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLN.....	95	REPLACEMENT FILTERS MISC	103	REZUROCK	107
REGLAN TABS (Usar metoclopramide hcl).....	81	RESTORIL 15 MG, 30 MG (Usar temazepam).....	86	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM.....	127
RELCARE TABS.....	115	RETACRIT.....	85	RHOPHYLAC SOSY IJ	127
RELENZA DISKHALER.....	52	RETEVMO CAPS	42	RIASTAP.....	84
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	2	RETHYMIC.....	107	ribavirin (hepatitis c) CAPS.....	50
RELEXXII TBCR 36 MG.....	3	RETIN-A CREA (Usar tretinoin).....	63	ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG	50
RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP	75	RETIN-A GEL 0.01 % (Usar tretinoin)	63	riboflavin TABS.....	141
RELION KETONE TEST STRP	76	RETIN-A GEL 0.025 % (Usar tretinoin)	63	rifabutin	37
RELPAx (Usar eletriptan hydrobromide)	105	RETISERT	125	rifampin CAPS.....	37
REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Usar mirtazapine).....	20	RETROVIR CAPS (Usar zidovudine)	49	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP	76
REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Usar mirtazapine).....	20	RETROVIR SYRP (Usar zidovudine)	49	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP.....	76
				rilpivirine hcl 25 MG.....	49

riluzole TABS	120	ROMIDEPSIN SOLN	42	saline SOLN 0.65 %	119
risedronate sodium TABS 35 MG	77	romidepsin SOLR	42	salsalate	7
risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG	77	ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG	44	SAMI THE SEAL FILTERS MISC	103
risedronate sodium TBEC	77	ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	45	SAMSCA TABS PO (Usar tolvaptan (hiponatremia))	80
RISPERDAL CONSTA (Usar risperidone microspheres)	45	rosuvastatin calcium TABS	31	SANDIMMUNE CAPS (Usar cyclosporine)	108
RISPERDAL SOLN (Usar risperidone)	45	ROTARIX SUSP	138	SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	108
RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Usar risperidone)	45	ROTATEQ SOLN	138	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Usar octreotide acetate)	80
risperidone microspheres	45	ROUGH PIGWEED	3	SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Usar octreotide acetate)	80
risperidone SOLN	45	ROXICODONE TABS 15 MG (Usar oxycodone hcl)	8	SAPHNELO	108
risperidone TABS	45	ROXICODONE TABS 30 MG (Usar oxycodone hcl)	8	sapropterin dihydrochloride PACK	79
risperidone TBDP	45	ROZLYTREK CAPS	42	sapropterin dihydrochloride TABS	79
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Usar methylphenidate hcl)	3	RUBRACA	42	SAVELLA TABS 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG (Usar milnacipran hcl)	131
RITALIN TABS 5 MG (Usar methylphenidate hcl)	3	RUCONEST	84	SAVELLA TITRATION PACK MISC (Usar milnacipran hcl)	131
ritonavir TABS	49	rufinamide SUSP	18	saxagliptin hcl	25
rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR	131	rufinamide TABS	18	saxagliptin-metformin hcl	24
rivastigmine tartrate CAPS	131	RUKOBIA	49	SB FIB LAX ORANGE POWD 30 %, 33 %	87
RIXUBIS SOLR	84	RUXIENCE	39	SB HEMORRHOID 0.25 %-71.9 %- 14 %-3 %	11
rizatriptan benzoate TABS	105	RYDAPT	42	SB LICE TREATMENT LIQD 3 %- 2.4 %-0.3 %-1.2 %, 1 %	73
rizatriptan benzoate TBDP	105	RYLAZE	43	SCEMBLIX 100 MG	42
ROBINUL TABS (Usar glycopyrrolate)	134	RYPLAZIM	84	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	42
ROBINUL-FORTE TABS (Usar glycopyrrolate)	134	SABRIL PACK (Usar vigabatrin)	19	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	73
ROCALTROL CAPS (Usar calcitriol)	79	SABRIL TABS (Usar vigabatrin)	19	SCOT-TUSSIN DM LIQD	62
roflumilast	14	sacubitril-valsartan TABS	55	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	62
		SALAGEN 5 MG (Usar pilocarpine hcl (oral))	110		
		salicylic acid GEL 3 %	70		
		salicylic acid GEL 6 %	70		
		SALINE NASAL SPRAY 0.65%	119		

SEASONIQUE (Usar levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días)).....	57	SEREVENT DISKUS.....	16	SILICONE MASK/ADULT MISC	103
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	97	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Usar quetiapine fumarate).....	46	SILICONE MASK/INFANT MISC	103
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML.....	82	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Usar quetiapine fumarate)	46	SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC	103
SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	66	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Usar quetiapine fumarate).....	46	SILVADENE (Usar silver sulfadiazine).....	67
selegiline hcl CAPS	45	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG....	78	silver sulfadiazine	67
selegiline hcl TABS.....	45	sertraline hcl CONC	22	simethicone CHEW 80 MG	81
selenium sulfide LOTN 1 %.....	67	sertraline hcl TABS 100 MG	22	simethicone LIQD PO	81
selenium sulfide LOTN 2.5 %.....	66	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	22	simethicone SUSP	81
selenium sulfide SHAM 1 %	67	SEVENFACT	84	SIMLANDI (1 PLUMAS) AJKT	5
SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Usar selenium sulfide)	67	SF 5000 PLUS CREA 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental))	109	SIMLANDI (1 JERINGAS) PSKT	5
SELSUN BLUE DAILY LOTN (Usar selenium sulfide)	67	SF GEL 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)).....	109	SIMLANDI (2 PLUMAS) AJKT	5
SELSUN BLUE LOTN (Usar selenium sulfide)	67	SFROWASA ENEM	82	SIMLANDI (2 JERINGAS) PSKT	5
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Usar selenium sulfide)	67	SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ.....	3	SIMPLERA SENSOR	95
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Usar selenium sulfide)	67	SHINGRIX	138	SIMPLERA SYNC SENSOR.....	95
SELZENTRY SOLN	49	SHINGRIX IM 50 MCG/0.5ML.....	138	SIMPLERA SYSTEM.....	95
SELZENTRY TABS 150 MG (Usar maraviroc).....	49	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	103	SIMPLYTHICK EASY MIX.....	129
SELZENTRY TABS 300 MG (Usar maraviroc).....	49	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC	103	SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 1.....	129
SEMGLEE (YFGN) SOLN.....	27	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC	103	SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 2.....	129
SEMGLEE (YFGN) SOPN	27	SIGNIFOR	80	SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 3.....	129
sennosides TABS 8.6 MG.....	88	SIKLOS TABS	85	simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG	31
sennosides-docusate sodium TABS.....	87	sildenafil citrate (hipertensión pulmonar) SOLN	55	SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Usar carbidopa-levodopa)	45
SENSIPAR (Usar cinacalcet hcl).....	79	sildenafil citrate (hipertensión pulmonar) SUSR.....	55	SINGULAIR CHEW (Usar montelukast sodium).....	14
		sildenafil citrate (hipertensión pulmonar) TABS.....	55	SINGULAIR PACK (Usar montelukast sodium).....	14

SINGULAIR TABS (Usar montelukast sodium)	14	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG/ML	106	SOSWEET SYRP	129
sirolimus SOLN	108	sodium phenylbutyrate POWD	79	sotalol hcl (afib/af).....	53
sirolimus TABS	108	sodium phenylbutyrate TABS	79	sotalol hcl TABS 240 MG	53
sitagliptin 25 MG, 50 MG, 100 MG	25	sodium phosphate monobasic-sodium phosphate dibasic PR 19 GM/118ML- 7 GM/118ML, 19 GM/197ML- 7 GM/197ML, 6 GM/133ML- 16 GM/133ML, 7 GM/118ML- 19 GM/118ML, 9.5 GM/59ML- 3.5 GM/59ML.....	87	sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG	53
sitagliptin free base-metformin hcl TABS 1000 MG-50 MG, 500 MG-50 MG	24	sodium polystyrene sulfonate POWD.....	108	SOVALDI TABS.....	50
sitagliptin free base-metformin hcl TB24	24	sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML	108	SOVUNA 200 MG	37
SIVEXTRO TABS.....	36	sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate	87	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES	104
SM IPECAC SYRUP.....	28	SOFOBUIVIR-VELPATASVIR TABS.....	50	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS.....	104
SMARTEST CONTROL MEDIUM SOLN	95	SOLESTA	107	SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	104
SOAANZ TABS 20 MG	76	solifenacin succinate TABS.....	136	SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT	76
sodium bicarbonate (antiácido) TABS 325 MG, 650 MG.....	11	SOLQUA.....	24	SPIKEVAX 6M-11Y SUSY 25 MCG/0.25ML.....	138
sodium chloride (irrigante genitourinario) 0.9 %	82	SOLUVITAACD WITH FLUORIDE SOLN	117	SPIKEVAX SUSP	138
sodium chloride (inhalador) AERS	62	SOLUVITA WITH FLUORIDE SUSP 0.5 MG/ML.....	117	SPIKEVAX SUSY	138
sodium chloride (inhalador) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	62	SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC	103	spinosad	73
sodium citrate & citric acid	82	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC	103	SPINRAZA.....	121
sodium fluoride (dental) CREA.....	109	SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC	103	SPIRIVA HANDIHALER CAPS IN (Usar tiotropium bromide)	13
sodium fluoride (dental) GEL.....	109	SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC	104	spironolactone & hydrochlorothiazide	76
sodium fluoride (dental) PSTE DT.....	109	sorafenib tosylate	42	spironolactone TABS.....	76
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREA 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)).....	109	SORBITOL PO 70 %	88	SPORANOX CAPS (Usar itraconazol)	29
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PSTE DT 1.1 % (Usar sodium fluoride (dental)).....	109	SORREL/DOCK MIX IJ	3	SPRAVATO (DOSIS DE 56 MG).....	21
sodium fluoride CHEW	106			SPRAVATO (DOSIS DE 84 MG).....	21
sodium fluoride SOLN 0.5 MG/ML.....	106			SPRYCEL (Usar dasatinib).....	42
				STAMARIL SUSR	138
				STEQUEYMA.....	66
				STEQUEYMA.....	82

STERILE DILUENT FLOLAN PH 12	130	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Usar buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate).....	10	sunitinib malate.....	42
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Usar glycine diluent).....	130	sucralfate SUSP	135	SUPARTZ FX SOSY	119
STIVARGA.....	42	sucralfate TABS	135	SUPER BI-MIX SOLR.....	55
STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	73	SUDAFED CHILDRENS LIQD.....	120	SUPER TRI-MIX SOLR	55
STRATTERA (Usar atomoxetine hcl)....	1	SUDAFED PE CHILDRENS SOLN	120	SUPPRELIN LA.....	78
STRENSIQ	79	sulfacetamide sodium (acné).....	63	SUPREME II HIGH/LOW CONTROL LIQD.....	95
STRESS B COMPLEX/IRON TABS 600 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG- 12 MCG-15 MG-100 MG-20 MG-27 MG- 15 MG-30 UNIT	112	sulfacetamide sodium (oftálmico) OINT	124	SUPREP BOWEL PREP KIT (Usar sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate).....	87
STRESS FORMULA TABS 500 MG-3 MG-45 MCG-400 MCG- 12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-10 MG- 30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG- 400 MCG-12 MCG-10 MG-100 MG- 20 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG- 45 MCG-400 MCG-15 MG-12 MCG- 20 MG-10 MG-100 MG-30 UNIT.....	115	sulfacetamide sodium (oftálmico) SOLN	124	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	97
STRESS FORMULA/IRON TABS.....	112	sulfacetamide sodium LIQD	67	SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	130
STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS.....	112	sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %	63	SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP	130
STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS.....	115	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %	63	SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP	130
STRESSTABS ENERGY TABS	115	sulfacetamide sod-prednisolone SOLN	125	SUSPENSION VEHICLE SUSP	130
STRIBILD.....	50	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	35	SUSVIMO (PRIMER RELLENO DEL IMPLANTE) SOLN	123
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR	104	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS.....	35	SUSVIMO (SEGUNDO RELLENO DEL IMPLANTE) SOLN	123
SUBLOCADE SOSY 100 MG/ 0.5ML	10	sulfasalazine TABS	82	SUSVIMO OCULAR IMPLANT.....	96
SUBLOCADE SOSY 300 MG/ 1.5ML	10	sulfasalazine TBEC.....	82	SUTENT (Usar sunitinib malate)	42
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Usar buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate).....	10	sulindac TABS	6	SYLVANT	108
		sumatriptan	105	SYMBICORT (Usar budesonide- formoterol fumarate dihydrate)	16
		sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML.....	105	SYMDEKO	133
		sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML.....	105	SYMFI (Usar efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate).....	50
		sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML.....	105	SYMFI LO (Usar efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate).....	50
		sumatriptan succinate TABS.....	105	SYNAGIS SOLN	128
				SYNAREL.....	78

SYNOJOYNT SOSY.....	119	TALTZ SOAJ.....	66	TEGLUTIK SUSP.....	120
SYNTHROID TABS (Usar levothyroxine sodium).....	133	TALTZ SOSY.....	66	TEGRETOL SUSP (Usar carbamazepine).....	18
SYNVISC ONE SOSY.....	119	TALZENNA.....	42	TEGRETOL TABS (Usar carbamazepine).....	18
SYNVISC SOSY.....	119	TAMIFLU CAPS 30 MG (Usar oseltamivir phosphate).....	52	TEGRETOL-XR TB12 (Usar carbamazepine).....	18
SYPRINE (Usar trientine hcl).....	107	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Usar oseltamivir phosphate).....	52	TEGSEDI.....	132
SYRPALTA SYRP.....	130	TAMIFLU SUSR (Usar oseltamivir phosphate).....	52	telmisartan.....	33
SYRSPEND SF LIQD.....	130	tamoxifen citrate TABS.....	40	telmisartan-amlodipine.....	34
SYRUP VEHICLE SF SYRP.....	130	tamsulosin hcl.....	83	telmisartan-hydrochlorothiazide.....	35
SYRUP VEHICLE SYRP.....	130	TARCEVA (Usar erlotinib hcl).....	40	temazepam 15 MG, 30 MG.....	86
TAB-A-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG.....	115	TARGRETIN (Usar bexarotene (tópico)) 65.....	40	TEMODAR SOLR.....	38
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT.....	115	TARGRETIN (Usar bexarotene).....	43	temozolomide CAPS.....	38
TAB-A-VITE/IRON TABS 50 MG-1 MG-400 MCG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-15 MG.....	112	TARPEYO CPDR.....	58	TEMPO WELCOME KIT.....	95
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS.....	112	TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG (Usar nilotinib hcl).....	42	temsirolimus.....	42
TABLOID.....	38	TAVNEOS.....	84	TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU.....	134
TABRECTA.....	42	tazarotene CREA.....	66	tenofovir disoproxil fumarate TABS.....	50
tacrolimus (tópico) OINT 0.03 %.....	70	tazarotene GEL.....	66	TENORETIC 100 (Usar atenolol y chlorthalidone).....	35
tacrolimus (tópico) OINT 0.1 %.....	70	TAZORAC CREA (Usar tazarotene).....	66	TENORETIC 50 (Usar atenolol y chlorthalidone).....	35
tacrolimus CAPS.....	108	TAZORAC GEL (Usar tazarotene).....	66	TENORMIN TABS (Usar atenolol).....	53
tadalafil (hipertensión pulmonar) TABS.....	55	TAZVERIK.....	42	TEPADINA (Usar thiotepa).....	38
TAFINLAR CAPS.....	42	TDVAX SUSP.....	134	TEPEZZA.....	78
TAGRISSO.....	40	TECARTUS.....	39	terazosin hcl.....	33
TAKHZYRO SOLN.....	84	TECENTRIQ.....	39	terbinafine hcl (tópico) CREA.....	65
TAKHZYRO SOSY.....	84	TECFIDERA CDPK (Usar dimethyl fumarate).....	132	terbinafine hcl TABS.....	29
		TECFIDERA CPDR (Usar dimethyl fumarate).....	132	terbutaline sulfate TABS.....	16
		TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	97	terconazole vaginal CREA.....	139
				terconazole vaginal SUPP.....	139

teriflunomide	132	thiamine hcl TABS	141	tiopronin TBEC	83
teriparatide SOPN	77	thiamine mononitrate TABS 100 MG	141	tiotropium bromide CAPS IN 18 MCG	14
TERIPARATIDE SOPN.....	77	THIOLA EC TBEC (Usar tiopronin).....	83	TIVDAK.....	39
TESTOPEL PLLT	10	THIOLA TABS (Usar tiopronin).....	83	TIVICAY TABS 50 MG	50
testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML.....	10	thioridazine hcl.....	47	tizanidine hcl TABS	119
testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML.....	10	thiotepa	38	TM-DAILY VITE TABS	116
testosterone enanthate SOLN IM.....	10	thiothixene	47	TM-VITE RX TABS 1 MG	111
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	134	THRESHOLD IMT MISC	104	TOBI NEBU (Usar tobramycin)	3
tetrabenazine	131	THROMBATE III 500 UNIT	84	TOBI PODHALER CAPS	3
tetracaine hcl (oftálmico).....	124	THYMOGLOBULIN.....	108	TOBRADEX OINT.....	125
TETRACAINE HCL 0.5 % (Usar tetracaine hcl (oftálmico)).....	124	THYROGEN 0.9 MG.....	73	tobramycin (oftálmico) SOLN	124
TETRACAINE HCL 0.5 %	124	THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	133	tobramycin NEBU.....	3
tetracycline hcl CAPS 500 MG	133	tiagabine hcl.....	19	tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML.....	3
tetrahydrozoline hcl (oftálmico) 0.05 %	124	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Usar diltiazem hcl extended release beads)	54	tobramycin sulfate SOLR.....	3
TEZSPIRE SOSY	13	TIAZAC 240 MG (Usar diltiazem hcl extended release beads)	54	tobramycin-dexamethasone SUSP... ..	125
TGT GLUCOSE	25	TIBSOVO.....	42	TOBREX OINT	124
THALOMID 50 MG, 100 MG, 200 MG	107	ticagrelor 60 MG, 90 MG.....	84	tofacitinib citrate SOLN 1 MG/ML	3
THEO-24 CP24	16	TICOVAC.....	138	tofacitinib citrate TABS 5 MG, 10 MG	3
theophylline ELIX	16	TIGLUTIK SUSP	120	tofacitinib citrate TB24 11 MG, 22 MG	3
theophylline SOLN	16	TIKOSYN (Usar dofetilide).....	13	tolnaftate CREA.....	65
theophylline TB12.....	16	timolol maleate (oftálmico) SOLN.....	122	tolterodine tartrate CP24.....	136
theophylline TB24.....	16	timolol maleate TABS.....	53	tolterodine tartrate TABS.....	136
THERA TABS	115	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Usar timolol maleate (oftálmico)).....	122	tolvaptan (hiponatremia) TABS PO 15 MG, 30 MG	80
THERA-TABS TABS 90 MG-3 MG- 30 MCG-400 MCG-3 MG-20 MG- 400 UNIT-9 MCG-5000 UNIT-10 MG- 3.4 MG-30 UNIT	115	TINACTIN CREA (Usar tolnaftate).....	65	tolvaptan TABS.....	80
THEREMS TABS	115	tioconazole vaginal 6.5 %	139	tolvaptan TBPK 15 MG	80
		tiopronin TABS.....	83	TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Usar topiramate)	18

TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Usar topiramate)	18	TRACLEER TABS (Usar bosentan).....	55	triamcinolone acetone (tópico) OINT 0.1 %, 0.5 %	69
TOPAMAX TABS 100 MG (Usar topiramate).....	19	TRACLEER TBSO 32 MG (Usar bosentan).....	55	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Usar dextromethorphan hbr).....	59
TOPAMAX TABS 200 MG (Usar topiramate).....	19	tramadol hcl TABS 50 MG	9	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG	76
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Usar topiramate)	19	tramadol-acetaminophen	9	triamterene & hydrochlorothiazide TABS	76
TOPICORT CREA 0.05 % (Usar desoximetasone).....	69	trandolapril 1 MG, 2 MG.....	32	triazolam	86
TOPICORT CREA 0.25 % (Usar desoximetasone).....	69	trandolapril 4 MG.....	32	TRIBENZOR (Usar olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide).....	35
TOPICORT GEL (Usar desoximetasone).....	69	trandolapril-verapamil hcl	35	TRICOR TABS (Usar fenofibrate)	31
TOPICORT OINT 0.25 % (Usar desoximetasone).....	69	tranexamic acid TABS.....	86	trientine hcl 250 MG	107
topiramate CPSP 15 MG	19	tranylcypromine sulfate	21	trientine hcl 500 MG	107
topiramate CPSP 25 MG	19	TRAZIMERA.....	39	TRIESENCE.....	125
topiramate TABS 100 MG.....	19	trazodone hcl TABS 300 MG	23	trifluoperazine hcl TABS.....	47
topiramate TABS 200 MG.....	19	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG.....	23	trifluridine	124
topiramate TABS 25 MG, 50 MG.....	19	TREANDA SOLR (Usar bendamustine hcl).....	38	trihexyphenidyl hcl TABS	44
TOPOTECAN HCL SOLN (Usar topotecan hcl)	44	tretinoin (quimioterapia)	43	TRIKAFTA TBPK.....	133
topotecan hcl SOLN.....	44	tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	63	TRILEPTAL SUSP (Usar oxcarbazepine).....	19
topotecan hcl SOLR.....	44	tretinoin GEL 0.01 %	63	TRILEPTAL TABS (Usar oxcarbazepine).....	19
TOPROL XL TB24 200 MG (Usar metoprolol succinate).....	53	tretinoin GEL 0.025 %	63	TRILURON SOSY.....	119
TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Usar metoprolol succinate).....	53	TRETEN	84	trimethoprim TABS	35
toremifene citrate.....	40	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG.....	38	TRI-MIX SOLR.....	55
TORISEL (Usar temsirolimus)	42	triamcinolone acetone (boca)	110	TRINTELLIX.....	23
torsemide TABS	76	triamcinolone acetone (nasal) AERO.....	120	TRIPHROCAPS CAPS 1 MG	111
TOVIAZ (Usar fesoterodine fumarate).....	136	triamcinolone acetone (tópico) CREA.....	69	TRIPTODUR	78
		triamcinolone acetone (tópico) LOTN	69	TRISENOX (Usar arsenic trioxide).....	43
		triamcinolone acetone (tópico) OINT 0.025 %.....	69	TRIUMEQ TABS	50
				TRIVISC SOSY	119

TROGARZO.....	50	TUDORZA PRESSAIR.....	14	UNITUXIN.....	39
TRONVITE TABS 1 MG.....	111	TUKYSA.....	39	UPTRAVI SOLR.....	55
tropicamide SOLN.....	123	TURALIO 125 MG.....	42	UPTRAVI TABS.....	55
tropium chloride TABS.....	136	TWIIST STARTER KIT KIT.....	96	UPTRAVI TITRATION TBPk.....	55
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	97	TWINRIX SUSY.....	138	urea CREA 40 %.....	69
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	97	TYBLUME CHEW.....	57	UREA CREA.....	69
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	97	TYBOST.....	50	urea LOTN 40 %.....	69
TRUE DAILY VITE TABS 60 MG- 400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-1.7 MG- 10 MCG-1500 MCG-6 MCG.....	116	TYKERB (Usar lapatinib ditosylate).....	42	UREDEB CREA 39 % (Usar urea).....	69
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP.....	76	TYPHIM VI SOLN.....	136	UREMEZ-40 CREA 40 % (Usar urea).....	69
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP.....	76	TYPHIM VI SOSY.....	136	URETRON D/S TABS 81.6 MG.....	35
TRUE MULTIVITAMIN TABS.....	116	TYVASO REFILL KIT SOLN IN.....	55	UROCIT-K 10 TBCR (Usar potassium citrate (alcalinizante)).....	82
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 0 LIQD.....	95	TYVASO SOLN IN.....	55	UROCIT-K 5 TBCR (Usar potassium citrate (alcalinizante)).....	82
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 1 LIQD.....	96	TYVASO STARTER KIT SOLN IN.....	55	URSO 250 TABS (Usar ursodiol).....	81
TRUENESS BLOOD GLUCOSE STRIPS STRP.....	76	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	97	ursodiol CAPS.....	81
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW.....	25	ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC.....	104	ursodiol TABS 250 MG.....	81
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW.....	25	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO.....	72	USTEKINUMAB-AAUZ SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML.....	66
TRULICITY.....	26	umecidinium bromide 62.5 MCG/INH.....	14	USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML.....	66
TRUMENBA 0.5 ML.....	136	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	97	USTEKINUMAB-TTWE.....	66
TRUVADA 200 MG-300 MG (Usar emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate).....	50	UNIFINE PENTIPS.....	97	USTEKINUMAB-TTWE.....	82
TRUXIMA.....	39	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	97	USTEKINUMAB-TTWE SC.....	66
TRUZONE PEAK FLOW METER.....	104	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	97	VABRINTY KIT SC 7.5 MG.....	40
TUBING/WING TIP MISC.....	104	UNISOM SLEEPGELS CAPS (Usar diphenhydramine hcl (sueño)).....	86	VABRINTY SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG.....	40
		UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP.....	130	VABYSMO SOLN.....	123
		UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP.....	130	VAGIFEM TABS (Usar estradiol vaginal).....	140
				valacyclovir hcl 1 GM.....	51
				valacyclovir hcl 500 MG.....	51

VALCHLOR	65	vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML	36	VENTAVIS IN.....	55
VALCYTE TABS (Usar valganciclovir hcl)	50	VANDAZOLE.....	139	VENTOLIN HFAAERS (Usar albuterol sulfate)	16
valganciclovir hcl TABS	50	VAQTA	138	verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG	54
VALIUM TABS (Usar diazepam)	13	VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	139	verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	54
valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML.....	20	varenicline tartrate TABS	132	VERAPAMIL HCL ER CP24 (Usar verapamil hcl)	54
valproic acid CAPS	20	varenicline tartrate TBPK	132	verapamil hcl TABS	54
valrubicin	41	VARIVAX SUSR	139	verapamil hcl TBCR	54
valsartan TABS	33	VASERETIC 25 MG-10 MG (Usar enalapril maleate y hydrochlorothiazide).....	35	VERASENS GLUCOSE CONTROL LIQD	96
valsartan-hydrochlorothiazide	35	VASOTEC TABS (Usar enalapril maleate)	32	VERELAN CP24 (Usar verapamil hcl)	54
VALSTAR (Usar valrubicin).....	41	VAXCHORA.....	136	VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Usar verapamil hcl).....	54
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	17	VAXELIS SUSP	134	VERELAN PM CP24 300 MG (Usar verapamil hcl)	54
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML.....	17	VAXELIS SUSY	134	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	97
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML.....	17	VAXNEUVANCE	136	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	97
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	17	VECAMYL	35	VERSAFREE SYRP	130
VALTREX 1 GM (Usar valacyclovir hcl)	51	VELCADE SOLR IJ (Usar bortezomib).....	42	VERSAPLUS SYRP	130
VALTREX 500 MG (Usar valacyclovir hcl)	51	VELETRI (Usar epoprostenol sodium)	55	VERZENIO	42
VANOCIN CAPS 125 MG (Usar vancomycin hcl).....	35	VEMLIDY	50	VESICARE TABS (Usar solifenacin succinate).....	136
VANOCIN CAPS 250 MG (Usar vancomycin hcl).....	36	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK.....	39	VIBRAMYCIN CAPS (Usar doxycycline hyclate)	133
vancomycin hcl CAPS 125 MG	36	VENCLEXTA TABS	39	VICTOZA (Usar liraglutide)	26
vancomycin hcl CAPS 250 MG	36	venlafaxine hcl CP24 150 MG	23	VIDAZA SUSR (Usar azacitidine)	38
vancomycin hcl SOLR IV 1 GM.....	36	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG	23	vigabatrin PACK	19
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM	36	venlafaxine hcl CP24 75 MG	23	vigabatrin TABS	19
vancomycin hcl SOLR IV 500 MG	36	venlafaxine hcl TABS	23	VIGAMOX SOLN OP (Usar moxifloxacin hcl (oftálmico)).....	124
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG	36	venlafaxine hcl TB24 150 MG	23		
		venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG.....	23		

VIIBRYD TABS (Usar vilazodone hcl).....	23	VITAMIN E CHEW	141	VYVANSE CHEW (Usar lisdexamfetamine dimesylate)	1
VIJOICE TBPk.....	108	VITAMIN E/D-ALPHA CAPS 200 UNIT	141	VYVGART	107
vilazodone hcl TABS	23	VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN	117	VYXEOS.....	41
VILTEPSO	121	vitamins w/ lipotropics CAPS.....	118	WALGREENS GLUCOSE.....	25
VIMIZIM	79	VITASURE TABS 1 MG	111	WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML.....	62
vincristine sulfate	44	VITRAKVI CAPS.....	42	warfarin sodium TABS.....	16
VIRACEPT TABS 250 MG.....	50	VITRAKVI SOLN.....	43	WELIREG	40
VIRACEPT TABS 625 MG.....	50	VITRAX TABS	116	WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Usar bupropion hcl).....	21
VIREAD POWD	50	VITRION TABS.....	116	WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Usar bupropion hcl).....	21
VIREAD TABS (Usar tenofovir disoproxil fumarate).....	50	VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION LIQD	96	WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Usar bupropion hcl).....	21
VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	50	VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP	76	WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Usar bupropion hcl).....	21
VIRELIX TABS	116	VIVELLE-DOT PTTW (Usar estradiol)	81	WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Usar bupropion hcl).....	21
VIREXA TABS	116	VIVIMUSTA SOLN	38	WES-PHOS 250 NEUTRAL 852 MG-155 MG-130 MG.....	107
VISCO-3 SOSY.....	119	VIVITROL	28	white petrolatum-mineral oil.....	122
VISTARIL CAPS 25 MG (Usar hydroxyzine pamoate).....	12	VIVOTIF	136	WILATE KIT	84
VISTOGARD	28	VIZIMPRO	40	WINDMILL TRAINER MISC	104
VISUDYNE	124	VONJO	43	WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML.....	127
VIT E-VIT C-BETA CAROTENE TABS 250 MG-5000 UNIT-200 UNIT.....	116	VONVENDI.....	84	XALATAN SOLN (Usar latanoprost).....	126
VITALEE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT.....	116	VOQUEZNA	135	XALKORI CAPS.....	43
VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML.....	141	VORAXAZE.....	43	XANAX TABS (Usar alprazolam)	13
vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG	141	VOTRIENT (Usar pazopanib hcl).....	43	XELJANZ SOLN 1 MG/ML (Usar tofacitinib citrate).....	3
vitamin e CAPS 100 UNIT, 400 UNIT	141	VYNDAMAX	56		
VITAMIN E CAPS.....	141	VYNDAQEL.....	56		
		VYONDYS 53.....	121		
		VYTORIN (Usar ezetimibe-simvastatin).....	31		
		VYVANSE CAPS (Usar lisdexamfetamine dimesylate)	1		

XELJANZ TABS 5 MG, 10 MG (Usar tofacitinib citrate).....	4	YONDELIS	38	ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Usar lisinopril)	32
XELJANZ XR TB24 11 MG.....	3	YONSA	40	ZETIA (Usar ezetimibe).....	32
XELJANZ XR TB24 22 MG (Usar tofacitinib citrate).....	3	YUFLYMA (1 PLUMAS) AJKT	5	ZEVALIN Y-90.....	39
XELODA (Usar capecitabine).....	38	YUFLYMA (2 PLUMAS) AJKT	5	ZIAGEN SOLN (Usar abacavir sulfate)	50
XEMBIFY	128	YUFLYMA (2 JERINGAS) PSKT	5	zidovudine CAPS	50
XENAZINE (Usar tetrabenazine)	131	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT	5	zidovudine SYRP	50
XERMELO	82	YUSIMRY	5	zidovudine TABS	50
XIAFLEX.....	107	YUTIQ	125	ZILRETTA SRER.....	58
XIGDUO XR TB24 PO (Usar dapagliflozin free base- metformin hcl).....	24	zaleplon 10 MG	86	zinc oxide (tópico) OINT 20 %.....	72
XIPERE.....	125	zaleplon 5 MG	86	zinc sulfate CAPS.....	107
XOLAIR SOAJ	13	ZALTRAP	39	ZINPLAVA.....	128
XOLAIR SOLR	13	ZANAFLEX TABS 4 MG (Usar tizanidine hcl).....	119	ziprasidone hcl.....	45
XOLAIR SOSY	13	ZARONTIN CAPS (Usar ethosuximide)	19	ZIRABEV	39
XOPENEX HFA (Usar levalbuterol tartrate).....	16	ZARONTIN SOLN (Usar ethosuximide)	19	ZITHROMAX PACK	88
XOSPATA.....	43	ZARXIO	85	ZITHROMAX SUSR (Usar azithromycin)	88
XTANDI CAPS.....	40	ZAVESCA (Usar miglustat).....	85	ZITHROMAX TABS 250 MG (Usar azithromycin)	88
XTANDI TABS	40	ZELBORAF	43	ZITHROMAX TABS 500 MG (Usar azithromycin)	88
XURIDEN	79	ZEMAIRA SOLR 1000 MG	132	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Usar azithromycin)	88
XYNTHA	84	ZEMAIRA SOLR 4000 MG	132	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Usar azithromycin)	88
XYNTHA SOLOFUSE.....	84	ZEMPLAR SOLN (Usar paricalcitol).....	79	ZITUVIMET TABS 1000 MG-50 MG, 500 MG-50 MG (Usar sitagliptin free base-metformin hcl)	24
YASMIN 28 (Usar drospirenone- ethinyl estradiol).....	57	ZEPZELCA.....	38	ZITUVIMET XR TB24	24
YAZ (Usar drospirenone-ethinyl estradiol)	57	ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Usar lisinopril y hydrochlorothiazide).....	35	ZITUVIO 25 MG, 50 MG, 100 MG (Usar sitagliptin)	25
YERVOY.....	39	ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Usar lisinopril y hydrochlorothiazide).....	35	ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Usar simvastatin)	31
YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML.....	66	ZESTRIL TABS 2.5 MG (Usar lisinopril)	32		
YESINTEK SOSY	66				
YF-VAX SUSR.....	139				

ZOKINVY	108	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG.....	121	ZUBSOLV SUBL 0.18 MG-0.7 MG, 0.36 MG-1.4 MG, 0.71 MG-2.9 MG, 1.4 MG-5.7 MG, 2.9 MG-11.4 MG	10
ZOLADEX.....	40	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG.....	121	ZUBSOLV SUBL 2.1 MG-8.6 MG	10
zoledronic acid CONC	77	ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG.....	121	ZULRESSO	21
zoledronic acid SOLN 5 MG/100ML.....	77	ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG.....	121	ZYDELIG	43
ZOLEDRONIC ACID SOLN	77	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG.....	121	ZYKADIA TABS	43
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	121	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG.....	121	ZYNLONTA.....	39
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	121	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG.....	121	ZYPREXA RELPREVV	46
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG.....	121	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG.....	121	ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Usar olanzapine)	46
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	121	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG.....	121	ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Usar olanzapine)	46
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG.....	121	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG.....	121	ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Usar olanzapine)	46
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	121	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG.....	122	ZYRTEC ALLERGY TABS (Usar cetirizine hcl).....	30
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	121	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG.....	122	ZYTIGA (Usar abiraterone acetate).....	40
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	121	ZOLINZA.....	43		
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	121	zolmitriptan SOLN 5 MG	105		
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	121	zolmitriptan TABS	106		
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	121	zolmitriptan TBDP	106		
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	121	ZOLOFT CONC (Usar sertraline hcl).....	22		
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	121	ZOLOFT TABS 100 MG (Usar sertraline hcl).....	22		
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	121	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Usar sertraline hcl)	22		
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	121	zolpidem tartrate TABS	87		
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	121	ZOMIG SOLN 5 MG (Usar zolmitriptan) . 106			
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	121	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Usar zonisamide).....	19		
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	121	zonisamide CAPS	19		
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	121	ZOVIRAX CREA (Usar acyclovir tópico).....	67		
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	121	ZOVIRAX OINT (Usar acyclovir tópico)	67		
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	121				
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG.....	121				
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	121				
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG.....	121				
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG.....	121				