

En esta lista de medicamentos preferidos se puede buscar. Aquí se explica cómo buscar un medicamento:

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

Programa de farmacia

Peach State Health Plan cubre medicamentos para los afiliados de Georgia Families® Medicaid y Peach Care for Kids®. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para muchas enfermedades estén cubiertos. Peach State Health Plan paga por los medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle estos medicamentos. El programa de farmacia no paga por todos los medicamentos. Algunos medicamentos necesitan una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Algunos medicamentos tienen límites de edad, dosis y cantidades máximas.

Usted puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es 1-800-704-1484 (TTY/TTD 1-800-255-0056). También puede usar la herramienta “drug Lookup” (Búsqueda de medicamentos) en la página web segura para los afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta usando este enlace <https://members.envolverx.com/>

Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Peach State actualiza la lista cada tres meses. El grupo está formado por el director médico de Peach State Health Plan, el director de farmacia y varios médicos, farmacéuticos y especialistas de Georgia.

Administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)

Peach State Health Plan trabaja con Express Scripts para pagar los reclamos de farmacia. Express Scripts es nuestro Administrador de beneficios de farmacia (PBM).

Medicamentos de especialidad

Algunos medicamentos solo se pagan cuando los obtiene en una farmacia especializada de Peach State Health Plan. Se pueden encontrar farmacias especializadas usando la herramienta “Find A Provider” (Buscar un médico / Buscar un proveedor) en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com.

El director de farmacia y el director médico de Peach State Health Plan revisan las solicitudes de autorización previa (PA) para estos medicamentos.

Estos medicamentos generalmente no están disponibles en las farmacias locales. Asegúrese de llamar a la farmacia especializada para obtener un reabastecimiento antes de que se le termine el medicamento. Los medicamentos que proporcionan las farmacias especializadas están marcados en la PDL. Esta lista se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan

en www.pshp.com. Comuníquese con Servicios para los Afiliados si tiene alguna pregunta sobre la PDL.

Límites de dispensación

La farmacia puede entregarle un suministro de hasta 31 días de cada nueva receta o resurtido. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

Uso apropiado y ediciones de seguridad

Su seguridad es muy importante para Peach State Health Plan. Una de las formas en que vigilamos su seguridad es a través de ediciones en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés) cuando la farmacia envía el reclamo del medicamento. Estas ediciones se basan en las aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Un ejemplo sería autorizar solo un medicamento en la misma clase de terapia cada mes.

Puede encontrar más información sobre los medicamentos que forman parte de estas ediciones en el documento **Ediciones de seguridad y uso apropiado** en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com.

Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en 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 médicas para mostrar su historial deben enviarse por **fax a Servicios de farmacia al 1-833-582-2342**. También se puede enviar una solicitud usando el portal electrónico seguro de Autorización previa de Cover My Meds en www.covermymeds.com.

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

1. Hay una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
2. Otros medicamentos en la PDL no han sido eficaces.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T de Peach State Health Plan. 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 tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Terapia escalonada

Algunos medicamentos incluidos en la PDL pueden requerir primero el uso de otro medicamento. Esto se llama terapia escalonada. Si ya adquirió el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros

medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta 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 autorización previa a Servicios de Farmacia. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

Límites de edad

Algunos medicamentos incluidos en la PDL de Peach State Health Plan pueden tener límites de edad. Estos se basan en el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y para su seguridad. Si el médico considera que usted de todos modos necesita el medicamento, se puede enviar una autorización previa a Servicios de Farmacia. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

Solicitudes de necesidad médica

Si necesita un medicamento que no está en la PDL, su médico puede presentar una solicitud de PA para el medicamento por necesidad médica (MN, por sus siglas en inglés). Hay medicamentos en la PDL para tratar la mayoría de las afecciones. Para medicamentos que no están en la PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la PDL de la misma clase y que se usaron para el mismo diagnóstico; o
- Notas del médico que demuestren que es alérgico o que no puede recibir al menos dos medicamentos de PDL de la misma clase; o
- Notas del médico para demostrar que no puede recibir ninguno de los medicamentos de la PDL para su diagnóstico.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T de Peach State Health Plan. 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 tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Política de suministro de emergencia de 72 horas

Las leyes estatales y federales establecen que una farmacia puede brindarle un suministro de medicamentos para 72 horas (3 días) si está esperando la revisión de PA. A las farmacias se les pagará el suministro de 3 días incluso si no se aprueba la PA. El farmacéutico puede usar su criterio profesional para decidir si el medicamento es urgente. No se permite el suministro de 72 horas para sustancias controladas que necesitan PA. La farmacia debe **llamar a Servicios de Farmacia al 1-866-399-0928** para obtener una anulación para enviar el suministro de 72 horas para pago.

Exclusiones

A continuación, encontrará una lista de medicamentos que no forman parte de la PDL de Peach State. La póliza de suministro de emergencia de 72 horas tampoco cubre estos medicamentos.

- Medicamentos que se consideran experimentales
- Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study and Implementation; DESI)
- Medicamentos recetados para bajar de peso
- Medicamentos recetados para la infertilidad
- Medicamentos recetados para la disfunción eréctil
- Medicamentos recetados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Preparaciones para la tos y el resfriado
- Terapia de infusión y suministros
- Medicamentos administrados por un médico que no aparecen en la PDL, el Beneficio de medicamentos especializados o la Lista de autorización previa de medicamentos administrados por un médico

Productos aprobados recientemente

Peach State Health Plan revisa los medicamentos nuevos antes de agregarlos a la PDL. Estos medicamentos necesitarán una revisión de PA hasta que se agreguen a la PDL. 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 tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Medicamentos de venta libre

La PDL de Peach State Health Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Estos medicamentos de venta libre están cubiertos cuando su médico le receta uno de ellos.

Medicamentos para abandonar el uso del tabaco (dejar de fumar)

El abandono del tabaco es cuando se deja de fumar cigarrillos. Estos son los medicamentos que Peach State Health Plan cubre: productos genéricos de reemplazo de nicotina (chicles, pastillas y parches) y bupropión SR (Zyban). Usted necesitará una receta de su médico para estos medicamentos.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos de marca no estarán cubiertos sin PA cuando esté disponible un medicamento genérico aceptable. Los medicamentos genéricos tienen el mismo ingrediente activo y actúan igual que los medicamentos de marca. Si usted o su médico consideran que se necesita uno de marca, su médico puede solicitar la PA. Cubriremos el medicamento de marca si existe una razón médica por la que necesita el medicamento de marca. 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 tendrá una lista de otros medicamentos. También le informará sobre el proceso de apelación.

Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos

La Administración de Alimentos y Medicamentos dice que los medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI) son menos efectivos. Los productos DESI no están cubiertos por Peach State Health Plan.

Surtir una receta

Usted puede surtir sus medicamentos en una farmacia de Peach State Health Plan. Puede encontrar una farmacia llamando a Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan. También puede buscar una farmacia cercana usando la herramienta “Provider-Lookup” (Búsqueda de Proveedores) en el sitio web. Deberá entregarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. Su farmacia puede solicitar otras formas de identificación, como licencia de conducir o identificación estatal.

Requisitos para proveedores que solicitan, recetan y refieren (OPR, por sus siglas en inglés)

Medicaid de Georgia y el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) quieren que su médico esté incluido en Medicaid de Georgia. Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia verifican los reclamos de farmacia para asegurarse de que la farmacia y el médico que aparecen en su receta estén inscritos en Georgia Families®. Si un médico no registrado escribe su receta, la receta será rechazada. Su farmacia no podrá surtir sus recetas si no está inscrita en Georgia Families®.

Copagos

La siguiente tabla muestra las cantidades de copago de los medicamentos. El copago se basa en el costo real del medicamento. No se requieren copagos para:

- Niños menores de 21 años que están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- Afiliados de PeachCare for Kids® menores de 6 años
- Mujeres embarazadas
- Suministros de planificación familiar
- Afiliados en el hospital o en un asilo de ancianos
- Afiliados esquimales de Alaska o afiliados indios americanos
- Afiliados o afiliadas con cáncer de mama y/o de cuello uterino

Receta	Copago del (de la) afiliado(a)
Medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL)	\$0.50
Medicamentos que no aparecen en la PDL	
Menos de \$10.00	\$0.50
Entre \$10.01 y \$25.00	\$1.00
Entre \$25.01 y \$50.00	\$2.00
Más de \$50.01	\$3.00

Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-704-1484
	Fax: 1-800-659-7518
Línea TTY/TDD de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-255-0056
Autorizaciones previas de servicios de farmacia:	1-866-399-0928
	Fax: 1-833-582-2342
Servicio de ayuda de farmacia de Express Scripts:	1- 833-750-4403

Ayuda de idiomas

¿Necesita traducido este documento? ¿Necesita ayuda para entender este documento? Si es así, llame a la línea de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al 1-800-255-0056. Para obtener esta información en letra grande o en cinta de audio, llame a Servicios para los Afiliados. Los servicios de intérprete se le proporcionan de forma gratuita. Peach State Health Plan tiene una línea telefónica en idiomas disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ABREVIATURAS en la Lista de medicamentos preferidos

ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de niveles
<i>P</i>	Medicamento preferido
<i>NP</i>	Medicamento no preferido
REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción del requisito/límite
<i>AL</i>	Límite de edad: El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	Autorización previa: Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	Límite de cantidad: Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
<i>Rx/OTC</i>	El producto tiene cobertura tanto con o sin receta
<i>SP</i>	Medicamento de especialidad: Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
<i>ST</i>	Terapia escalonada: Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.
DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	

Nombre de la edición	Descripción de la edición
<i>Opioide</i>	<p>Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis diaria máxima = 50 MME** • Suministro máximo de días = 7 días • Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada <p>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días **MME = Equivalente en miligramos de morfina</p>
<i>Tiras reactivas</i>	<p>Los(as) usuarios(as) de insulina se limitan a 150 tiras por cada 30 días; Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días EXCEPCIONES: Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliados(as) menores de 18 años • Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
AEPB	Aerosol en polvo activado por el aliento
AERB	Aerosol, activado por el aliento
AERO	Aerosol
AJKT	Kit de autoinyector
AUIJ	Autoinyector
CAPS	Cápsula
CHEW	Comprimido masticable
CONC	Concentrado
CP12	Cápsula de liberación prolongada de 12 horas
CP24	Cápsula de liberación prolongada de 24 horas
CPCR	Cápsula de liberación prolongada
CPDR	Cápsula de liberación retardada
CPEP	Cápsula con recubrimiento entérico
CPSP	Cápsula dispersable
CREA	Crema
CSDR	Cápsula dispersable de liberación retardada
DEVI	Dispositivo
ELIX	Elixir
EMUL	Emulsión
ENEM	Enema
EX	Externo
GRAN	Gránulos
IJ	Inyección
IMPL	Implante
INHA	Inhalador
INJ	Inyectable
IUD	Dispositivo intrauterino

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
IV	Intravenoso
LIQD	Líquido
LOTN	Loción
LOZG	Pastilla
LPOP	Comprimido soluble
MISC	Misceláneos
NA	Nasal
NEBU	Solución de nebulización
OINT	Ungüento
OP	Oftálmico
OPHT	Oftálmico
OR	Oral
PACK	Paquete
PEN	Pluma para inyección
PNKT	Estuche de pluma para inyección
POT	Potasio
POWD	Polvo
PRSY	Jeringa precargada
PSKT	Estuche de jeringa precargada
PSTE	Pasta
PT24	Parche de 24 Horas
PT72	Parche de 72 Horas
PTCH	Parche
PTTW	Parche dos veces por semana
PTWK	Parche semanal
RE	Rectal
S.O.P.	Preparación oftálmica estéril
SHAM	Champú
SOAJ	Autoinyector con solución
SOCT	Cartucho con solución

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida
<i>SUSY</i>	Jeringa precargada con suspensión
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso
<i>TABS</i>	Comprimidos
<i>TB12</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
<i>TB24</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
<i>TBCR</i>	Comprimidos de liberación prolongada
<i>TBDP</i>	Tableta dispersable
<i>TBEC</i>	Tableta con recubrimiento entérico
<i>TBEF</i>	Tableta efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de comprimidos terapéuticos
<i>TBSO</i>	Comprimido soluble
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación		
Anfetaminas		
ADDERALL XR CP24 (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ADDERALL TABS (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> CP24 1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG, 2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG, 3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG- 3.75 MG, 5 MG-5 MG-5 MG-5 MG, 6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG, 7.5 MG-7.5 MG-7.5 MG- 7.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
DEXEDRINE CP24 (Use <i>dextroamphetamine sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS	P	QL(1 cada día); PA
VYVANSE CAPS	P	QL(1 cada día); PA
Analépticos		
CAFCIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use <i>caffeine citrate</i>)	NF	
CAFFEINE CITRATED POWD	P	QL(45 gm por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>caffeine citrate</i> SOLN OR	P	QL(45 ml por surtido al por menor)
Anorexígenos no anfetamínicos		
PLENITY	NP	
PLENITY WELCOME KIT	NP	
Agentes antiobesidad		
IMCIVREE	P	SP; PA
Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)		
<i>atomoxetine hcl</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
<i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12	P	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
INTUNIV (Use <i>guanfacine hcl (adhd)</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
KAPVAY TB12 (Use <i>clonidine hcl (adhd)</i>)	NP	
STRATTERA (Use <i>atomoxetine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
Antagonistas/agonistas inversos del receptor H3 de la histamina		
WAKIX	P	SP; PA
Estimulantes - Otros		
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
CONCERTA TBCR 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
FOCALIN TABS (Use <i>dexmethylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
METADATE CD CPR (Use methylphenidate hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl)	NP	QL(900 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl)	NP	QL(1800 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
methylphenidate hcl CPR	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML	P	QL(900 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML	P	QL(1800 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
methylphenidate hcl TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
methylphenidate hcl TB24 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RITALIN TABS 5MG (Use methylphenidate hcl)	NP	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS VARIOS		
Extractos alergénicos		
DOCK-SORREL POLLEN MIX EXTRACT IJ	NP	
ROUGH REDROOT PIGWEED POLLEN EXTRACT	NP	
SORREL/DOCK MIX EXTRACT IJ	NP	
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS		
Medicamentos alternativos - B's		
REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS	NP	
Medicamentos alternativos - G's		
ginger (<i>zingiber officinalis</i>) CAPS 250 MG	P	OTC; QL(4 cada día)
Medicamentos alternativos - M's		
MELATONIN SUBL	P	QL(1 cada día)
melatonin TABS 3 MG, 5 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
melatonin TBDP 3 MG	P	QL(1 cada día)
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
ARIKAYCE	P	SP; PA
BETHKIS NEBU (Use tobramycin)	NP	SP; PA
KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin)	NP	SP; PA
neomycin sulfate TABS	P	
TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
TOBI NEBU (Use tobramycin)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin sulfate SOLN IJ</i>	P	PA
<i>tobramycin sulfate SOLR</i>	P	PA
<i>tobramycin NEBU</i>	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
RINVOQ 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XELJANZ XR TB24	P	SP; PA
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA
Antimetabolitos antirreumáticos		
METHOTREXATE	P	
OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	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
REDITREX SOSY	P	SP; PA
Alfa inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)- anticuerpos monoclonales		
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEVITIS STARTER AJKT	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADALIMUMAB-ADBM AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBM PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP PSKT	P	SP; PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT	NP	SP
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS AJKT	NP	SP
CYLTEZO AJKT	NP	SP
CYLTEZO PSKT	NP	SP
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA
HADLIMA SOSY	P	SP; PA
HULIO AJKT	NP	SP
HULIO PSKT	NP	SP
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML	NP	
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML	NP	SP
YUSIMRY	P	SP; PA
Bloqueadores de la interleucina 1		
ARCALYST	P	SP; PA
Antagonista del receptor de la interleucina 1 (IL-1Ra)		
KINERET SOSY	P	SP; PA
Bloqueadores beta de la interleucina-1		
ILARIS SOLN	P	SP; PA
Inhibidores del receptor de la interleucina 6		
ACTEMRA ACTPEN SOAJ	P	SP; PA
ACTEMRA SOLN	P	SP; PA
ACTEMRA SOSY	P	SP; PA
Agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADVIL TABS (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC	INFANTS ADVIL SUSP (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
ALEVE ARTHRITIS TABS (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	<i>ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML</i>	P	
ALEVE TABS (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
ANAPROX DS TABS (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP		<i>ketorolac tromethamine TABS</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años)
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	LODINE TABS (Use <i>etodolac</i>)	NP	
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	<i>meloxicam TABS</i>	P	
<i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>	P		MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>diclofenac sodium TBEC</i>	P		MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>etodolac CAPS</i>	P		<i>nabumetone</i>	P	
<i>etodolac TABS</i>	P		NALFON CAPS (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP	
FELDENE CAPS (Use <i>piroxicam</i>)	NP		NAPROSYN SUSP (Use <i>naproxen</i>)	NP	
<i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>	P		NAPROSYN TABS 500 MG (Use <i>naproxen</i>)	NP	
<i>flurbiprofen TABS</i>	P		<i>naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG</i>	P	
<i>ibuprofen lysine</i>	P		<i>naproxen sodium TABS 220 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>ibuprofen CHEW</i>	P	OTC	<i>naproxen SUSP</i>	P	
<i>ibuprofen SUSP 100 MG/5ML</i>	P	RX/OTC	<i>naproxen TABS</i>	P	
<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC	NEOPROFEN (Use <i>ibuprofen lysine</i>)	NP	
<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P		<i>piroxicam CAPS</i>	P	
<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC	<i>sulindac TABS</i>	P	
INDOCIN SUSP (Use <i>indomethacin</i>)	NP		TIVORBEX CAPS (Use <i>indomethacin</i>)	NF	
INDOMETHACIN	P		Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
<i>indomethacin sodium</i>	P		OTEZLA TABS	P	SP; PA
<i>indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG</i>	P		OTEZLA TBPK	P	SP; PA
<i>indomethacin SUPP</i>	P				
<i>indomethacin SUSP</i>	P				

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Inhibidores de la síntesis de pirimidina		
ARAVA (Use leflunomide)	NP	QL(1 cada día)
leflunomide	P	QL(1 cada día)
Moduladores selectivos de la coestimulación		
ORENCIA CLICKJECT SOAJ	P	SP; PA
ORENCIA SOLR	P	SP; PA
ORENCIA SOSY	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - No narcóticos - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
Combinaciones de analgésicos		
butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
butalbital-aspirin-caffeine CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ESGIC TABS (Use butalbital-acetaminophen-caffeine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Otros analgésicos		
acetaminophen CHEW	P	OTC
acetaminophen ELIX	P	OTC
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML	P	OTC
acetaminophen SOLN OR 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
acetaminophen SUSP 80 MG/2.5ML, 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG	P	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
INFANTS SILAPAP SOLN OR	P	QL(30 ml por surtido al por menor)
OFIRMEV SOLN IV (Use acetaminophen)	NF	
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos		
PRIALT	P	SP; PA
Salicilatos		
aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)	P	OTC
aspirin CHEW	P	OTC
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aspirin TABS 325 MG</i>	P	OTC
<i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>	P	OTC
<i>BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))</i>	NP	OTC
<i>diflunisal TABS</i>	P	
<i>ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin)</i>	NP	OTC
<i>ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin)</i>	NP	OTC
<i>ECOTRIN TBEC (Use aspirin)</i>	NP	OTC
<i>salsalate</i>	P	
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
Agonistas opioides		
<i>codeine sulfate TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>CODEINE SULFATE TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)</i>	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
<i>DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)</i>	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR</i>	P	QL(0.34 cada día)
<i>HYDROMORPHONE HCL SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
<i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>meperidine hcl SOLN OR 50 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml cada día)
<i>meperidine hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>methadone hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día); PA
<i>methadone hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 cada día); PA
<i>morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ml por surtido al por menor)
<i>morphine sulfate SOLN OR 10 MG/0.5ML, 20 MG/ML, 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ml cada día)
<i>morphine sulfate SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)
<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	QL(3 cada día)
<i>MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate)</i>	NP	QL(3 cada día)
<i>OXAYDO TABS 5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl CAPS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ml por surtido al por menor)
<i>oxycodone hcl SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml cada día)
<i>oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
OXYCONTIN T12A	P	QL(2 cada día); PA	<i>oxycodone w/acetaminophen SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml cada día)
ROXICODONE TABS 30 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	<i>oxycodone w/acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ROXICODONE TABS 5 MG, 15 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (<i>Use oxycodone w/acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)	<i>tramadol-acetaminophen</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ULTRAM TABS (<i>Use tramadol hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)	ULTRACET (<i>Use tramadol-acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
Combinaciones de opioides			Agonistas parcialmente opioides		
<i>acetaminophen w/codeine SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml cada día); AL(AI menos 12 años)	BELBUCA FILM	P	PA
<i>acetaminophen w/codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)	BUPRENEX SOLN (<i>Use buprenorphine hcl</i>)	NP	PA
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	<i>buprenorphine hcl FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 750 MCG, 900 MCG</i>	P	PA
<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	<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 cada día); PA
<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(180 ml cada día)	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG</i>	P	QL(2 cada día)
			<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL</i>	P	QL(3 cada día)
			<i>buprenorphine hcl SOLN</i>	P	PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL	P	PA
SUBLOCADE SOSY	P	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; SP; PA
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(3 cada día)
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(2 cada día); PA
ZUBSOLV SUBL	P	PA
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas		
Andrógenos		
AVEED SOLN	P	SP; PA
METHITEST TABS	P	
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN IM 200 MG/ML	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>testosterone cypionate</i> SOLN IM 100 MG/ML	P	QL(0.2858 ml cada día)
<i>testosterone enanthate</i> SOLN IM	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón		
Esteroides intrarrectales		
CORTENEMA (Use <i>hydrocortisone (intrarectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	P	
Combinaciones rectales		
ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides rectales		
ANUSOL-HC EX (Use <i>hydrocortisone (rectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor); RX/OTC
<i>hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %</i>	P	
ANTIÁCIDOS		
Combinaciones de antiácidos		
<i>alum & mag hydrox-simethicone</i> LIQD	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>alum & mag hydrox-simethicone</i> SUSP	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos - sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML	P	OTC
Antiácidos: bicarbonato		
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325 MG, 650 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos: sales de calcio		
<i>calcium carbonate (antacid)</i> CHEW 500 MG	P	OTC
TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NF	
TUMS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
Antiácidos: sales de magnesio		
<i>magnesium oxide</i> TABS 400 MG	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTELMIÑTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA
EMVERM CHEW	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<i>pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML</i>	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
Nitratos		
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (<i>Use isosorbide dinitrate</i>)	NP	
<i>isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG</i>	P	
<i>isosorbide mononitrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>isosorbide mononitrate TB24</i>	P	QL(1 cada día)
NITRO-BID OINT	P	
NITRO-DUR PT24 (<i>Use nitroglycerin</i>)	NP	
<i>nitroglycerin CPCR</i>	P	
<i>nitroglycerin PT24</i>	P	
<i>nitroglycerin SUBL</i>	P	
NITROSTAT SUBL (<i>Use nitroglycerin</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad		
Medicamentos ansiolíticos - Varios		
<i>buspirone hcl 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>buspirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>	P	
<i>meprobamate</i>	P	
VISTARIL CAPS (<i>Use hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ATIVAN TABS (<i>Use lorazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>chlordiazepoxide hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam SOLN OR 5 MG/5ML</i>	P	AL (6 meses a 12 años)
<i>diazepam TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>lorazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRANXENE T TABS 7.5 MG (<i>Use clorazepate dipotassium</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS (<i>Use diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS (<i>Use alprazolam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales		
Antiarrítmicos Tipo I-A		
<i>disopyramide phosphate CAPS</i>	P	
NORPACE CR CP12 150 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NORPACE CAPS (<i>Use disopyramide phosphate</i>)	P	
quinidine gluconate TBCR	P	
quinidine sulfate TABS	P	
Antiarrítmicos Tipo I-B		
<i>mexiletine hcl</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-C		
<i>flecainide acetate</i>	P	
<i>propafenone hcl TABS</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo III		
<i>amiodarone hcl TABS 200 MG</i>	P	
<i>dofetilide</i>	P	
TIKOSYN (<i>Use dofetilide</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares		
Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales		
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR SOLR	P	SP; PA
XOLAIR SOSY	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ml al día)
Broncodilatadores - anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	P	QL(25.8 gm por surtido al por menor)
INCRUSE ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
<i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>	P	QL(375 ml cada 20 días de venta al por menor)
SPIRIVA HANDHALER CAPS (<i>Use tiotropium bromide monohydrate</i>)	NP	
<i>tiotropium bromide monohydrate CAPS</i>	P	
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 cada 30 días de venta al por menor)
Moduladores de los leucotrienos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>montelukast sodium CHEW</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium PACK</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium TABS</i>	P	QL(1 cada día)
SINGULAIR CHEW (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR PACK (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR TABS (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
DALIRESP (<i>Use roflumilast</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>roflumilast</i>	P	QL(1 cada día)
Inhalantes con esteroides		
ARNUITY ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 gm cada día)
<i>budesonide (inhalation) SUSP</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 1 años - hasta 8 años)
FLOVENT HFA	NP	
<i>fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT</i>	P	QL(10.6 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT</i>	P	QL(12 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PULMICORT SUSP (<i>Use budesonide (inhalation)</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 1 años - hasta 8 años)
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 gm cada día)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 gm cada día)
Simpaticomiméticos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	NP	
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(8.5 gm por surtido al por menor; 17 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(18 gm por surtido al por menor; 36 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(6.7 gm por surtido al por menor; 13.4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate NEBU 0.083 %</i>	P	QL(12.5 ml al día)
<i>albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML</i>	P	
<i>albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML</i>	P	QL(375 ml cada 30 días de venta al por menor)
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
<i>albuterol sulfate SYRP</i>	P	
<i>albuterol sulfate TABS</i>	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	NP	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(11 gm por surtido al por menor)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<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 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ml al día)
<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 gm al día)
PROAIR HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROAIR RESPICLICK AEPB	P	QL(1 por surtido al por menor; 2 cada 30 días de venta al por menor); AL(Al menos 4 años - hasta 18 años)
PROVENTIL HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 por surtido al por menor)
SYMBICORT (Use <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>)	NP	
<i>terbutaline sulfate TABS</i>	P	
VENTOLIN HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	
XOPENEX HFA (Use <i>levalbuterol tartrate</i>)	NP	QL(0.5 gm al día)
Xantinas		
THEO-24 CP24	P	
<i>theophylline ELIX</i>	P	
<i>theophylline SOLN</i>	P	QL(475 ml por surtido al por menor)
<i>theophylline TB12</i>	P	
<i>theophylline TB24</i>	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
<i>warfarin sodium TABS</i>	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
ELIQUIS STARTER PACK TBPK	P	QL(2.47 cada día)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
Heparinas y agentes similares a los heparinoides		
ARIXTRA (Use <i>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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	P	SP; PA
FRAGMIN SOSY	P	SP; PA
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium)	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium)	NP	SP; PA
Inhibidores de la trombina		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS</i>	P	
PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate)	NP	
PRADAXA CAPS	NP	
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones		
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas		
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG</i>	NP	
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL</i>	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
KLONOPIN TABS (Use clonazepam)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
Anticonvulsivantes - Varios		
BANZEL SUSP (Use rufinamide)	NP	SP; PA
BANZEL TABS (Use rufinamide)	NP	SP; PA
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA
<i>carbamazepine CHEW</i>	P	
<i>carbamazepine SUSP</i>	P	
<i>carbamazepine TABS</i>	P	
<i>carbamazepine TB12</i>	P	
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
EPIDIOLEX	P	SP; PA
FINTEPLA	P	SP; PA
<i>gabapentin CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
<i>gabapentin SOLN</i>	P	
<i>gabapentin TABS 600 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>gabapentin TABS 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)
KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam)	NP	Use levetiracetam IR; ST

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (Use levetiracetam)	NP	QL(16 ml al día)	<i>oxcarbazepine TABS</i>	P	
KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(6 cada día)	<i>primidone</i>	P	
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(4 cada día)	<i>rufinamide SUSP</i>	P	SP; PA
KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam)	NP		<i>rufinamide TABS</i>	P	SP; PA
LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (Use lamotrigine)	NP		TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine)	NP	
LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine)	NP	Use lamotrigine IR; ST	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine)	NP	
LAMICTAL TABS (Use lamotrigine)	NP		TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine)	NP	
<i>lamotrigine CHEW</i>	P		TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate)	NP	QL(8 cada día)
<i>lamotrigine TABS</i>	P		TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)
<i>lamotrigine TB24</i>	P	Use lamotrigine IR; ST	TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ml al día)	TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate)	NP	QL(3 cada día)
<i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)	TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate)	NP	QL(4 cada día)
<i>levetiracetam TABS 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>topiramate CPSP 15 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam TABS 1000 MG, 750 MG</i>	P		<i>topiramate CPSP 25 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST	<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
MYSOLINE (Use primidone)	NP		<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
NEURONTIN CAPS (Use gabapentin)	NP	QL(9 cada día)	<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
NEURONTIN SOLN (Use gabapentin)	NP		TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine)	NP	
NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin)	NP	QL(6 cada día)	TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine)	NP	
NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin)	NP	QL(4 cada día)	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)	NP	
<i>oxcarbazepine SUSP</i>	P		<i>zonisamide CAPS</i>	P	
			Carbamatos		
			<i>felbamate SUSP</i>	P	
			<i>felbamate TABS</i>	P	
			FELBATOL SUSP (Use felbamate)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FELBATOL TABS (Use felbamate)	NP	
Moduladores GABA		
GABITRIL (Use tiagabine hcl)	NP	
SABRIL PACK (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
SABRIL TABS (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
tiagabine hcl	P	
vigabatrin PACK	P	SP; PA
vigabatrin TABS	P	SP; PA
Hidantoínas		
DILANTIN	P	
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended)	P	
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin)	P	
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	P	
phenytoin sodium extended 100 MG	P	
phenytoin sodium SOLN	P	
phenytoin CHEW	P	
phenytoin SUSP	P	
Succinimidas		
ethosuximide CAPS	P	
ethosuximide SOLN	P	
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP	
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP	
Ácido valproico		
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)
divalproex sodium CSDR	P	QL(8 cada día)
divalproex sodium TB24 500 MG	P	QL(7 cada día)
divalproex sodium TB24 250 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 125 MG	P	QL(2 cada día)
divalproex sodium TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 500 MG	P	QL(7 cada día)
valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML	P	
valproic acid CAPS	P	
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión		
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 cada día)
mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)
mirtazapine TABS 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
mirtazapine TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)
mirtazapine TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
mirtazapine TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (<i>Use mirtazapine</i>)	NP	QL(1 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (<i>Use mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (<i>Use mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
REMERON TABS 15 MG (<i>Use mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
REMERON TABS 30 MG (<i>Use mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
Antidepresivos - Varios		
<i>bupropion hcl</i> TABS	P	QL(3 cada día)
<i>bupropion hcl</i> TB12 150 MG	P	QL(3 cada día)
<i>bupropion hcl</i> TB12 200 MG	P	QL(2 cada día)
<i>bupropion hcl</i> TB12 100 MG	P	QL(4 cada día)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300 MG	P	QL(1 cada día)
<i>bupropion hcl</i> TB24 150 MG	P	QL(3 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (<i>Use bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (<i>Use bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (<i>Use bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (<i>Use bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (<i>Use bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo		
ZULRESSO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)		
NARDIL (<i>Use phenelzine sulfate</i>)	NP	
PARNATE (<i>Use tranylcypromine sulfate</i>)	NP	
<i>phenelzine sulfate</i>	P	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	P	
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil- D-aspartico (NMDA)		
SPRAVATO 56MG DOSE	P	SP; PA
SPRAVATO 84MG DOSE	P	SP; PA
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)		
CELEXA TABS 10 MG (<i>Use citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)
CELEXA TABS 40 MG (<i>Use citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 cada día)
CELEXA TABS 20 MG (<i>Use citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>citalopram hydrobromide SOLN</i>	P	
<i>citalopram hydrobromide TABS 20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>citalopram hydrobromide TABS 10 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>citalopram hydrobromide TABS 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>escitalopram oxalate TABS 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>escitalopram oxalate TABS 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>escitalopram oxalate TABS 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10 MG, 20 MG	P	QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluoxetine hcl CAPS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	PROZAC CAPS 40 MG (Use <i>fluoxetine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>fluoxetine hcl SOLN</i>	P	QL(600 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años)	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use <i>fluoxetine hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>fluoxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)	<i>sertraline hcl CONC</i>	P	QL(6 ml al día)
<i>fluoxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>sertraline hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)	ZOLOFT CONC (Use <i>sertraline hcl</i>)	NP	QL(6 ml al día)
LEXAPRO TABS 10 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)	ZOLOFT TABS 100 MG (Use <i>sertraline hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
LEXAPRO TABS 5 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use <i>sertraline hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
LEXAPRO TABS 20 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)	Moduladores de la serotonina		
<i>paroxetine hcl SUSP</i>	P	QL(40 ml al día); PA	<i>nefazodone hcl</i>	P	
<i>paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P	
<i>paroxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>trazodone hcl TABS 300 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>paroxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(3 cada día)	TRINTELLIX	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA
<i>paroxetine hcl TB24</i>	P		VIIBRYD TABS (Use <i>vilazodone hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
PAXIL CR TB24 (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP		<i>vilazodone hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día); PA
PAXIL SUSP (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(40 ml al día); PA	Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)		
PAXIL TABS 10 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(6 cada día)	CYMBALTA CPEP (Use <i>duloxetine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PAXIL TABS 20 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>desvenlafaxine succinate 100 MG</i>	P	QL(4 cada día); ST
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
			<i>duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)
EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
venlafaxine hcl CP24 37.5 MG	P	QL(4 cada día)
venlafaxine hcl CP24 150 MG	P	QL(2 cada día)
venlafaxine hcl CP24 75 MG	P	QL(5 cada día)
venlafaxine hcl TABS	P	
venlafaxine hcl TB24 150 MG	P	QL(2 cada día)
venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG	P	QL(1 cada día)
Medicamentos tricíclicos		
amitriptyline hcl TABS	P	
amoxapine	P	
ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl)	NP	
clomipramine hcl 75 MG	P	
desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG	P	
desipramine hcl TABS 25 MG	P	QL(2 cada día)
doxepin hcl CAPS	P	
doxepin hcl CONC	P	
imipramine hcl TABS	P	
NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl)	NP	
NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl)	NP	QL(2 cada día)
nortriptyline hcl CAPS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
nortriptyline hcl SOLN	P	QL(20 ml al día)
PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl)	NP	
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre		
Antidiabéticos - Análogos de la amilina		
SYMLINPEN 120 SOPN	P	QL(11 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
SYMLINPEN 60 SOPN	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
Combinaciones de antidiabéticos		
ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl)	NP	QL(2 cada día)
alogliptin-metformin hcl	P	QL(2 cada día)
alogliptin-pioglitazone	P	
glipizide-metformin hcl	P	
glyburide-metformin	P	
KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl)	NP	
KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl)	NP	QL(1 cada día)
OSENI	NP	
OSENI (Use alogliptin-pioglitazone)	NP	
pioglitazone hcl-metformin hcl TABS	P	QL(2 cada día)
saxagliptin-metformin hcl	P	QL(1 cada día)
SEGLUROMET	P	QL(2 cada día)
SOLQUA 100/33	P	QL(0.6 ml al día); PA
Biguanidas		
metformin hcl TABS 500 MG	P	QL(4 cada día)
metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG	P	
metformin hcl TB24 750 MG	P	QL(3 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>metformin hcl TB24 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Otros antidiabéticos		
BD GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS SOFT GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 NATURALS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 POUCH PACK	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>glucagon (rdna)</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
GLUCAGON EMERGENCY KIT (<i>Use glucagon (rdna)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
GLUCO TO GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE INSTANT ENERGY	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GNP GLUCOSE 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GNP GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GOODSENSE GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
HY-VEE GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
KORLYM (<i>Use mifepristone (hyperglycemia)</i>)	NP	SP; PA
KROGER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LEADER GLUCOSE 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LONGS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
MEIJER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	P	SP; PA
PREFERRED PLUS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
PX GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
RA GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
RELION GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SM GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SM GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SMART SENSE GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SMART SENSE GLUCOSE TABLETS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TGT GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
UP & UP GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
VALUE PLUS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
<i>alogliptin benzoate</i>	P	
NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i>)	NP	
ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Medicamentos miméticos de incretina		
BYDUREON BCISE AUJ	P	QL(3.4 ml cada 28 días de venta al por menor); PA
BYETTA SOPN 5 MCG/0.02ML	P	QL(1.2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años); PA
BYETTA SOPN 10 MCG/0.04ML	P	QL(2.4 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años); PA
TRULICITY	P	QL(2 ml cada 28 días de venta al por menor); PA
Insulina		
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP	
ADMELOG SOLN IJ	NP	
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP	
HUMALOG SOLN IJ	NP	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)
HUMULIN N SUSP	P	QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN	P	QL(1.34 ml al día)
INSULIN ASPART PENFILL SOCT	P	QL(1.34 ml al día)
INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART FLEXPEN SUPN	P	QL(1 ml al día)
INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART SUSP	P	QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
INSULIN ASPART SOLN IJ	P	QL(1.34 ml al día)
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML	P	QL(0.9 ml al día)
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 100 UNIT/ML	P	QL(1.5 ml al día)
INSULIN DEGLUDEC SOLN	P	QL(1.5 ml al día)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN	P	QL(1 ml al día)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	P	QL(1 ml al día)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P	
INSULIN LISPRO KWIKPEN SOPN	P	QL(1.34 ml al día)
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN SUPN	P	QL(1 ml al día)
INSULIN LISPRO SOLN IJ	P	QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSP	NP	
NOVOLIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN	NP	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)
NOVOLIN N RELION SUSP	NP	
NOVOLIN N SUSP	P	QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLIN R RELION SOLN IJ	NP	
NOVOLIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN	NP	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION SUPN	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 SUSP	NP	
NOVOLOG PENFILL SOCT	NP	
NOVOLOG RELION SOLN IJ	NP	
NOVOLOG SOLN IJ	NP	
SEMGLEE SOLN	NP	
SEMGLEE SOPN	NP	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN	NP	
TRESIBA SOLN	NP	
Medicamentos sensibilizadores de la insulina		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ACTOS (Use pioglitazone hcl)	NP	QL(1 cada día)
pioglitazone hcl	P	QL(1 cada día)
Análogos de la meglitinida		
nateglinide	P	QL(3 cada día)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		
STEGLATRO	P	QL(1 cada día)
Sulfonilureas		
AMARYL 4 MG (Use glimepiride)	NP	QL(2 cada día)
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)	NP	QL(4 cada día)
glimepiride 4 MG	P	QL(2 cada día)
glimepiride 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
glipizide TABS	P	
glipizide TB24	P	
GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide)	NP	
glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
glyburide TABS	P	
GLYNASE (Use glyburide micronized)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	P	OTC
bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
Medicamentos antiperistálticos		
diphenoxylate w/ atropine LIQD	P	
diphenoxylate w/ atropine TABS	P	
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día)
LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine)	NP	
loperamide hcl CAPS	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
loperamide hcl TABS	P	OTC; QL(8 cada día)
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
Antídotos - agentes quelantes		
CHEMET	P	
deferasirox PACK	P	SP; PA
deferasirox TABS	P	SP; PA
deferasirox TBSO	P	SP; PA
deferiprone TABS	P	SP; PA
EXJADE TBSO (Use deferasirox)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (Use deferiprone)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox)	NP	SP; PA
JADENU TABS (Use deferasirox)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION	P	SP; PA
deferoxamine mesylate	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEFERERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate)	NP	SP; PA
SM IPECAC SYRUP	P	
VISTOGARD	P	
Antagonistas opioides		
naloxone hcl LIQD	P	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
naloxone hcl SOCT	P	QL(2 ml cada 90 días de venta al por menor)
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML	P	QL(2 ml cada 90 días de venta al por menor)
naloxone hcl SOSY	P	QL(4 ml cada 90 días de venta al por menor)
naltrexone hcl	P	
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl)	NP	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
VIVITROL	P	SP
ANTIEMÉTICOS - Medicamentos para tratar las náuseas y los vómitos		
Antagonistas de los receptores 5-HT3		
ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML	P	QL(50 ml cada 30 días de venta al por menor)
ondansetron hcl TABS 24 MG	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG	P	QL(2 cada día)
ondansetron TBDP	P	QL(2 cada día)
Antieméticos - anticolinérgicos		
ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl)	NP	OTC; RX/OTC
dimenhydrinate TABS	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE CHEW	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
meclizine hcl CHEW	P	OTC; RX/OTC
meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P	
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<i>DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole)</i>	NP	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	
<i>DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
Antihistamínicos - etanolaminas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>clemastine fumarate TABS 1.34 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>diphenhydramine hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(4 cada día)
Antihistamínicos no sedantes		
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl CHEW</i>	P	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl SOLN OR</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl SYRP OR</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)	<i>promethazine hcl TABS</i>	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	Antihistamínicos - piperidinas		
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>cyproheptadine hcl SYRP</i>	P	
CLARITIN SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)	<i>cyproheptadine hcl TABS</i>	P	
CLARITIN TABS (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
<i>fexofenadine hcl TABS 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)	Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
<i>fexofenadine hcl TABS 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>EVKKEZA</i>	P	SP; PA
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS</i>	P	RX/OTC	Antihiperlipidémicos - combinaciones		
<i>loratadine SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	P	QL(1 cada día); ST
<i>loratadine TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	<i>VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin)</i>	NP	QL(1 cada día); ST
<i>loratadine TBDP 10 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	Secuestrantes de ácidos biliares		
XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride)	NP	RX/OTC	<i>cholestyramine light PACK</i>	P	
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)	<i>cholestyramine light POWD</i>	P	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)	<i>cholestyramine PACK</i>	P	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl)	NP	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC	<i>cholestyramine POWD</i>	P	
ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)	COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl)	NP	
Antihistamínicos - fenotiazinas			COLESTID GRAN (Use colestipol hcl)	NP	
<i>promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML</i>	P	AL(AI menos 2 años)	COLESTID TABS (Use colestipol hcl)	NP	
<i>promethazine hcl SUPP</i>	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	<i>colestipol hcl GRAN</i>	P	
			<i>colestipol hcl TABS</i>	P	
			QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light)	NP	
			QUESTRAN PACK (Use cholestyramine)	NP	
			QUESTRAN POWD (Use cholestyramine)	NP	
			Derivados del ácido fólico		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>niacin (antihyperlipidemic) TABS</i>	P	
<i>fenofibrate micronized 67 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR</i>	P	
<i>fenofibrate TABS 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)	NIASPAN TBCR (Use <i>niacin (antihyperlipidemic)</i>)	NP	
<i>fenofibrate TABS 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)	Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9		
FENOFIBRATE TABS	P	QL(1 cada día)	LEQVIO	P	SP; PA
<i>gemfibrozil TABS</i>	P	QL(2 cada día)	PRALUENT SOAJ	P	SP; PA
LOPID TABS (Use <i>gemfibrozil</i>)	NP	QL(2 cada día)	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	P	SP; PA
Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA			REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA
<i>atorvastatin calcium TABS</i>	P	QL(1 cada día)	REPATHA SOSY	P	SP; PA
CRESTOR TABS (Use <i>rosuvastatin calcium</i>)	NP	Trate con simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST	ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
LIPITOR TABS (Use <i>atorvastatin calcium</i>)	NP	QL(1 cada día)	Inhibidores de la ECA		
<i>lovastatin TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)	ACCUPRIL (Use <i>quinapril hcl</i>)	NP	
<i>lovastatin TABS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)	ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use <i>ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>pravastatin sodium</i>	P	QL(1 cada día)	<i>benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>rosuvastatin calcium TABS</i>	P	Trate con simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST	<i>benazepril hcl 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>captopril</i>	P	QL(3 cada día)
ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use <i>simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>enalapril maleate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol			<i>fosinopril sodium</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ezetimibe</i>	P	ST	<i>lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
ZETIA (Use <i>ezetimibe</i>)	NP	ST	<i>lisinopril TABS 2.5 MG</i>	P	QL(1 cada día)
Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP)			LOTENSIN 40 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA	LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
Derivados del ácido nicotínico			<i>quinapril hcl</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ramipril CAPS</i>	P	QL(2 cada día)	<i>clonidine hcl TABS</i>	P	
<i>trandolapril 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>doxazosin mesylate</i>	P	
<i>trandolapril 4 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>guanfacine hcl</i>	P	
VASOTEC TABS (<i>Use enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>methyldopa TABS</i>	P	
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(2 cada día)	MINIPRESS CAPS (<i>Use prazosin hcl</i>)	NP	
ZESTRIL TABS 2.5 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>prazosin hcl CAPS</i>	P	
Agentes para el feocromocitoma			<i>terazosin hcl</i>	P	
DEMSER (<i>Use metyrosine</i>)	NP	SP; PA	Combinación de antihipertensivos		
<i>metyrosine</i>	P	SP; PA	ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II			ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(4 cada día)
ATACAND (<i>Use candesartan cilexetil</i>)	NP		ACCURETIC 25 MG-20 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)
AVAPRO (<i>Use irbesartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	P	QL(1 cada día)
BENICAR (<i>Use olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>candesartan cilexetil</i>	P		<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
COZAAR (<i>Use losartan potassium</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
DIOVAN TABS (<i>Use valsartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	ATACAND HCT (<i>Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>irbesartan</i>	P	QL(1 cada día)	<i>atenolol & chlorthalidone</i>	P	QL(2 cada día)
<i>losartan potassium</i>	P	QL(1 cada día)	AVALIDE (<i>Use irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
MICARDIS (<i>Use telmisartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	AZOR (<i>Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>telmisartan</i>	P	QL(1 cada día)	BENICAR HCT (<i>Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>valsartan TABS</i>	P	QL(1 cada día)			
Antihipertensivos antiadrenérgicos					
CARDURA (<i>Use doxazosin mesylate</i>)	NP				

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use <i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	P		LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use <i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)
DIOVAN HCT (Use <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)	MICARDIS HCT (Use <i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
DUTOPROL TB24 12.5 MG-100 MG, 12.5 MG-50 MG	P	QL(1 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(2 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
EXFORGE (Use <i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
EXFORGE HCT (Use <i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
HYZAAR (Use <i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>telmisartan-amlodipine</i>	P	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(1 cada día)	TENORETIC 100 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)	TENORETIC 50 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
valsartan-hydrochlorothiazide	P	QL(1 cada día)
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
Antihipertensivos - varios		
VECAMYL	P	SP; PA
Vasodiladores		
hydralazine hcl TABS	P	
minoxidil 10 MG	P	QL(10 cada día)
minoxidil 2.5 MG	P	QL(3 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
metronidazole TABS	P	
trimethoprim TABS	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
methenamine-hyosc-methylene blue-sod phospheryl sal TABS 10.8 MG-81.6 MG-0.12 MG-36.2 MG-40.8 MG, 10.8 MG-81.6 MG-36.2 MG-0.12 MG-40.8 MG	P	
sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	P	
sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	P	
Carbapenémicos		
ertapenem sodium IJ	P	SP; PA
INVANZ IJ (Use ertapenem sodium)	NP	SP; PA
Glucopéptidos		
FIRVANQ SOLR OR (Use vancomycin hcl)	NP	QL(300 ml por surtido al por menor)
VANCOGIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(8 cada día)
VANCOGIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(4 cada día)
vancomycin hcl CAPS 250 MG	P	QL(8 cada día)
vancomycin hcl CAPS 125 MG	P	QL(4 cada día)
vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG	P	QL(14 por surtido al por menor)
vancomycin hcl SOLR IV 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)
vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML	P	QL(300 ml por surtido al por menor)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 1 GM	P	QL(14 por surtido al por menor)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)
Leprostáticos		
dapsone	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Lincosamidas		
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use <i>clindamycin hcl</i>)	NP	
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ml por surtido al por menor)
<i>clindamycin hcl</i> 150 MG, 300 MG	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ml por surtido al por menor)
Monobactámicos		
CAYSTON	P	SP; PA
Oxazolidinonas		
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA
Pleuromutilinas		
XENLETA TABS	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios		
MACROBID (Use <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>)	NP	
MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use <i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	NP	
<i>methenamine mandelate</i>	P	
<i>nitrofurantoin</i>	P	QL(40 ml al día)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 50 MG, 100 MG	P	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	P	
ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Antimaláricos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250 MG	P	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 500 MG	P	QL(1 cada día)
DARAPRIM (Use <i>pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> 200 MG	P	
KRINTAFEL	P	QL(cada 30 días de venta al por menor)
<i>mefloquine hcl</i>	P	
PLAQUENIL (Use <i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	
<i>primaquine phosphate</i> TABS	P	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use <i>primaquine phosphate</i>)	NP	
<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
SOVUNA 200 MG	P	
MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
Medicamentos antimiaستénicos/colinérgicos		
MESTINON TIMESPAN TBCR (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
MESTINON TABS (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60 MG	P	
<i>pyridostigmine bromide</i> TBCR	P	
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)		
Agentes antimicobacterianos		
<i>ethambutol hcl</i> TABS	P	
<i>isoniazid</i> SYRP	P	
<i>isoniazid</i> TABS	P	
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use <i>ethambutol hcl</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MYCOBUTIN (Use rifabutin)	NP	
pyrazinamide	P	
rifabutin	P	
rifampin CAPS	P	
TRECTOR	P	
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer		
Medicamentos alquilantes		
ALKERAN (Use melphalan hcl)	NP	SP; PA
ALKERAN (Use melphalan)	NP	
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA
bendamustine hcl SOLR	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA
carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML	P	SP; PA
cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN	P	SP; PA
cyclophosphamide SOLN	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA
cyclophosphamide SOLR IJ	P	SP; PA
EVOMELA	P	SP; PA
KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
LEUKERAN	P	
melphalan	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
melphalan hcl	P	SP; PA
MYLERAN TABS	P	
TEMODAR CAPS 100 MG, 140 MG, 180 MG, 250 MG (Use temozolomide)	NP	SP; PA
TEMODAR SOLR	P	SP; PA
temozolomide CAPS	P	SP; PA
TEPADINA (Use thiotepa)	NP	SP; PA
thiotepa	P	SP; PA
TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl)	NP	SP; PA
VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA
YONDELIS	P	SP; PA
ZEPZELCA	P	SP; PA
Antimetabolitos		
ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium)	NP	SP; PA
azacitidine SUSR	P	SP; PA
capecitabine	P	SP; PA
cladribine 10 MG/10ML	P	SP; PA
cytarabine SOLN	P	SP; PA
DACOGEN (Use decitabine)	NP	SP; PA
decitabine	P	SP; PA
fludarabine phosphate SOLN	P	SP; PA
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	P	SP; PA
fludarabine phosphate SOLR	P	SP; PA
FOLOTYN (Use pralatrexate)	NP	SP; PA
FOLOTYN	P	SP; PA
mercaptopurine TABS	P	
methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5 MG	P	
ONUREG TABS	P	SP; PA
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100 MG, 500 MG	P	SP; PA
PEMFEXY	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA
PURIXAN SUSP	P	
TABLOID	P	SP; PA
TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P	
VIDAZA SUSR (Use <i>azacitidine</i>)	NP	SP; PA
XELODA (Use <i>capecitabine</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis		
CYRAMZA	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
MVASI	P	SP; PA
ZALTRAP	P	SP; PA
ZIRABEV	P	SP; PA
Antineoplásicos - anticuerpos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADCETRIS	P	SP; PA
ARZERRA	P	SP; PA
BAVENCIO	P	SP; PA
BESPONSA	P	SP; PA
BLENREP	P	SP; PA
BLINCYTO	P	SP; PA
DARZALEX	P	SP; PA
EMPLICITI	P	SP; PA
ENHERTU	P	SP; PA
GAZYVA	P	SP; PA
IMFINZI	P	SP; PA
JEMPERLI	P	SP; PA
KADCYLA	P	SP; PA
KEYTRUDA	P	SP; PA
KIMMTRAK	P	SP; PA
LIBTAYO	P	SP; PA
LUMOXITI	P	SP; PA
MONJUVI	P	SP; PA
MYLOTARG	P	SP; PA
OPDIVO	P	SP; PA
PADCEV	P	SP; PA
POLIVY	P	SP; PA
POTELIGEO	P	SP; PA
RIABNI	P	SP; PA
RITUXAN	P	SP; PA
RUXIENCE	P	SP; PA
TECENTRIQ	P	SP; PA
TIVDAK	P	SP; PA
TRUXIMA	P	SP; PA
UNITUXIN	P	SP; PA
YERVOY	P	SP; PA
ZEVALIN Y-90	P	SP; PA
ZYNLONTA	P	SP; PA
Antineoplásicos - agentes anti-HER2		
HERCEPTIN 150 MG	P	SP; PA
KANJINTI 420 MG	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MARGENZA	P	SP; PA
OGIVRI	P	SP; PA
PERJETA	P	SP; PA
TRAZIMERA	P	SP; PA
TUKYSA	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2		
VENCLEXTA STARTING PACK TBPB	P	SP; PA
VENCLEXTA TABS	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunoterapia celular		
ABECMA	P	SP; PA
BREYANZI	P	SP; PA
CARVYKTI	P	SP; PA
TECARTUS	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de los EGFR		
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>Use gefitinib</i>)	NP	SP; PA
PORTRAZZA	P	SP; PA
TAGRISSE	P	SP; PA
TARCEVA (<i>Use erlotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML	P	SP; PA
VIZIMPRO	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la vía 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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ARIMIDEX (<i>Use anastrozole</i>)	NP	
AROMASIN (<i>Use exemestane</i>)	NP	
<i>bicalutamide</i>	P	QL(1 cada día)
CAMCEVI	P	SP; PA
CASODEX (<i>Use bicalutamide</i>)	NP	QL(1 cada día)
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>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA
FEMARA (<i>Use letrozole</i>)	NP	
FIRMAGON 80 MG	P	SP; PA
<i>flutamide</i>	P	
<i>hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)</i>	P	SP; PA
<i>letrozole</i>	P	
LEUPROLIDE ACETATE/BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE	P	SP; PA
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) IM	P	SP; PA
LYSODREN	P	SP; PA
<i>megestrol acetate SUSP</i>	P	
<i>megestrol acetate TABS</i>	P	
NUBEQA	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ORGOVYX	P	SP; PA
<i>tamoxifen citrate TABS</i>	P	
<i>toremifene citrate</i>	P	PA
TRELSTAR MIXJECT	P	SP; PA
XTANDI CAPS	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA
ZYTIGA (<i>Use abiraterone acetate</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia		
WELIREG	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunomoduladores		
POMALYST	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR		
AYVAKIT	P	QL(1 cada día); SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores de XPO1		
XPOVIO	P	SP; PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	P	SP; PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	P	SP; PA
Antibióticos antineoplásicos		
<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN (<i>Use daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 50 MG/10ML	P	SP; PA
ELLENCESOLN	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 2 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA
VALSTAR (<i>Use valrubicin</i>)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones antineoplásicas		
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA
HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA
INQOVI	P	SP; PA
KISQALI FEMARA 200 DOSE	P	SP; PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	P	SP; PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	P	SP; PA
LONSURF	P	SP; PA
OPDUALAG	P	SP; PA
PHESGO	P	SP; PA
RITUXAN HYCELA	P	SP; PA
VYXEOS	P	SP; PA
Inhibidores enzimáticos antineoplásicos		
AFINITOR DISPERZ TBSO (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
AFINITOR TABS (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
ALECENSA	P	SP; PA
ALIQOPA	P	SP; PA
ALUNBRIG TABS	P	SP; PA
ALUNBRIG TBPK	P	SP; PA
BALVERSA	P	SP; PA
BELEODAQ	P	SP; PA
<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA
BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA
BOSULIF TABS	P	SP; PA
BRAFTOVI 75 MG	P	SP; PA
BRUKINSA	P	SP; PA
CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 cada día); SP; PA
CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA
CALQUENCE	P	SP; PA
CAPRELSA	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COMETRIQ KIT	P	SP; PA	<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA
COPIKTRA	P	SP; PA	PEMAZYRE	P	SP; PA
COTELLIC	P	SP; PA	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	P	SP; PA
<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	P	SP; PA
<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	P	SP; PA
FARYDAK	P	SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
FOTIVDA	P	SP; PA	RETEVMO	P	SP; PA
FYARRO	P	SP; PA	ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA
GAVRETO	P	SP; PA	<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA
GLEEVEC (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA	ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA
IBRANCE CAPS	P	SP; PA	RUBRACA	P	SP; PA
IBRANCE TABS	P	SP; PA	RYDAPT	P	SP; PA
ICLUSIG	P	QL(1 cada día); SP; PA	SCEMBLIX	P	SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA	<i>sorafenib tosylate</i>	P	SP; PA
<i>imatinib mesylate</i>	P	SP; PA	SPRYCEL	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA	STIVARGA	P	SP; PA
IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	<i>sunitinib malate</i>	P	SP; PA
INREBIC	P	SP; PA	SUTENT (<i>Use sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA
ISTODAX SOLR (<i>Use romidepsin</i>)	NP	SP; PA	TABRECTA	P	SP; PA
JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA	TAFINLAR CAPS	P	SP; PA
KISQALI	P	SP; PA	TALZENNA	P	SP; PA
KOSELUGO	P	SP; PA	TASIGNA	P	SP; PA
KYPROLIS	P	SP; PA	TAZVERIK	P	SP; PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA	<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA
LORBRENA	P	SP; PA	TIBSOVO	P	SP; PA
LUMAKRAS	P	SP; PA	TORISEL (<i>Use temsirolimus</i>)	NP	SP; PA
LYNPARZA TABS	P	QL(4 cada día); SP; PA	TURALIO	P	SP; PA
MEKINIST TABS	P	SP; PA	TYKERB (<i>Use lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA
MEKTOVI	P	SP; PA	VELCADE SOLR IJ (<i>Use bortezomib</i>)	NP	SP; PA
NERLYNX	P	SP; PA	VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA
NEXAVAR (<i>Use sorafenib tosylate</i>)	NP	SP; PA	VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
NINLARO	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
VONJO	P	SP; PA
VOTRIENT (Use pazopanib hcl)	NP	SP; PA
VOTRIENT	P	SP; PA
XALKORI CAPS	P	SP; PA
XOSPATA	P	SP; PA
ZEJULA CAPS	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
ONCASPAR	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA
Radiofármacos antineoplásicos		
AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
Antineoplásicos varios		
ACTIMMUNE	P	SP; PA
ALFERON N	P	SP; PA
arsenic trioxide	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA
bexarotene	P	SP; PA
HYDREA (Use hydroxyurea)	NP	
hydroxyurea	P	
INTRON A SOLR	P	SP; PA
MATULANE	P	SP; PA
PHOTOFRIN	P	SP; PA
PROLEUKIN	P	SP; PA
SYNRIBO	P	SP; PA
TARGRETIN (Use bexarotene)	NP	SP; PA
tretinoin (chemotherapy)	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRISENOX (Use arsenic trioxide)	NP	SP; PA
Coadyuvantes quimioterapéuticos		
KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA
Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
dexrazoxane hcl	P	SP; PA
KHAPZORY	P	SP; PA
leucovorin calcium TABS	P	
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML	P	SP; PA
levoleucovorin calcium SOLR	P	SP; PA
mesna SOLN	P	SP; PA
MESNEX SOLN (Use mesna)	NP	SP; PA
MESNEX TABS	P	SP; PA
TOTECT	P	SP; PA
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE	P	SP; PA
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel)	NP	SP; PA
docetaxel SOLN	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)	NP	SP; PA
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
etoposide CAPS	P	SP; PA
etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HALAVEN	P	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
MARQIBO	P	SP; PA
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PARTICLES	P	SP; PA
<i>vincristine sulfate</i>	P	SP; PA
Medicamentos virales oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (Use <i>irinotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
HYCAMTIN CAPS	P	SP; PA
HYCAMTIN SOLR (Use <i>topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (Use <i>topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLR</i>	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson		
Terapia adyuvante antiparkinsoniana		
<i>carbidopa</i>	P	
LODOSYN (Use <i>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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 (Use <i>bromocriptine mesylate</i>)	NP	
PARLODEL TABS (Use <i>bromocriptine mesylate</i>)	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	QL(6 cada día)
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use <i>carbidopa-levodopa</i>)	NP	
Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminooxidasa		
<i>selegiline hcl CAPS</i>	P	
<i>selegiline hcl TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS - medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo		
Medicamentos antimaníacos		
<i>lithium</i>	P	
<i>lithium carbonate CAPS</i>	P	
<i>lithium carbonate TABS</i>	P	
<i>lithium carbonate TBCR</i>	P	
LITHOBID TBCR (Use <i>lithium carbonate</i>)	P	

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de mayo de 2024
P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antipsicóticos - varios			HALDOL DECANOATE 50 (Use haloperidol decanoate)	NP	
GEODON (Use ziprasidone hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)	haloperidol decanoate	P	
LATUDA (Use lurasidone hcl)	NP		haloperidol lactate CONC	P	
lurasidone hcl	P		haloperidol TABS 20 MG	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 cada día); PA	haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG	P	QL(3 cada día)
NUPLAZID TABS 10 MG	P	QL(1 cada día); PA	Dibenzapinas		
ziprasidone hcl	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)	clozapine TABS	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
Benzisoxazolas			CLOZARIL TABS (Use clozapine)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA	loxapine succinate	P	QL(4 cada día)
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA	olanzapine TABS 15 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
INVEGA TRINZA	P	SP; PA	olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
PERSERIS PRSY	P	SP; PA	olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres)	NP	SP; PA	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
RISPERDAL SOLN (Use risperidone)	NP	QL(4 ml al día); AL(AI menos 5 años)	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - Hasta 17 años)
risperidone microspheres	P	SP; PA	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - Hasta 17 años)
risperidone SOLN	P	QL(4 ml al día); AL(AI menos 5 años)	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
risperidone TABS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
risperidone TBDP	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 5 años)	Butirofenonas		
Butirofenonas			HALDOL DECANOATE 100 (Use haloperidol decanoate)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dihidroindolonas		
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)
Fenotiazinas		
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>fluphenazine hcl TABS</i>	P	
<i>perphenazine TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>prochlorperazine</i>	P	
<i>prochlorperazine maleate TABS</i>	P	
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 cada día)
<i>trifluoperazine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Derivados de quinolinonas		
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ABILIFY MYCITE	P	PA
ABILIFY TABS (Use aripiprazole)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole SOLN OR</i>	P	QL(750 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole TABS</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aripiprazole TBDP</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ARISTADA	P	SP; PA
ARISTADA INITIO	P	SP; PA
Tioxantenos		
<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ml por surtido al por menor)
Antisépticos con cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ml por surtido al por menor)
HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate)	NP	
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Antiretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST
COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine)	NP	QL(2 cada día)
COMPLERA	P	QL(1 cada día)
<i>darunavir TABS 600 MG</i>	P	QL(2 cada día); ST
<i>darunavir TABS 800 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
DELSTRIGO	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA	ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 cada día)
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA	ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)
DOVATO	P		ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 cada día)
EDURANT	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS PACK	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS TABS	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)	JULUCA	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA SOLN (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>efavirenz TABS</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>emtricitabine CAPS</i>	P	QL(1 cada día)	<i>lamivudine SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>lamivudine TABS 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EMTRIVA CAPS (<i>Use emtricitabine</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>lamivudine TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ml al día)	<i>lamivudine-zidovudine</i>	P	QL(2 cada día)
EPIVIR SOLN (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(30 ml al día)	LEXIVA SUSP	P	QL(56 ml al día)
EPIVIR TABS 300 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	LEXIVA TABS (<i>Use fosamprenavir calcium</i>)	NP	QL(4 cada día)
EPIVIR TABS 150 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir SOLN</i>	P	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
EPZICOM (<i>Use abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>etravirine 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>etravirine 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>maraviroc TABS 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS</i>	P	QL(4 cada día)	<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
FUZEON SOLR	P	SP; PA	<i>nevirapine SUSP</i>	P	QL(40 ml al día)
GENVOYA	P	QL(1 cada día)	<i>nevirapine TABS</i>	P	QL(2 cada día)
INTELENCE 200 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>nevirapine TB24 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
INTELENCE 100 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>nevirapine TB24 400 MG</i>	P	QL(1 cada día)
INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)	NORVIR SOLN	P	QL(15 ml al día)
			NORVIR TABS (<i>Use ritonavir</i>)	NP	QL(12 cada día)
			ODEFSEY	P	
			PIFELTRO	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREZCOBIX	P	QL(1 cada día)	SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
PREZISTA SUSP	P	QL(12 ml al día); ST	tenofovir disoproxil fumarate TABS	P	QL(1 cada día)
PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 cada día); ST	TIVICAY TABS 50 MG	P	QL(2 cada día)
PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir)	NP	QL(2 cada día); ST	TRIUMEQ TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir)	NP	QL(1 cada día); ST	TRIZIVIR	P	QL(2 cada día)
PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST	TROGARZO	P	SP; PA
RETROVIR CAPS (Use zidovudine)	NP	QL(6 cada día)	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate)	P	QL(1 cada día)
RETROVIR SYRP (Use zidovudine)	NP	QL(60 ml al día)	TYBOST	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate)	NP		VIRACEPT TABS 625 MG	P	QL(4 cada día)
REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)	VIRACEPT TABS 250 MG	P	QL(9 cada día)
REYATAZ PACK	P	QL(6 cada día)	VIREAD POWD	P	QL(240 gm cada 30 días de venta al por menor)
ritonavir TABS	P	QL(12 cada día)	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
RUKOBIA	P	PA	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ml al día)	ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate)	NP	QL(30 ml al día)
SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)	ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)
SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc)	NP	QL(2 cada día)	zidovudine CAPS	P	QL(6 cada día)
SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc)	NP	QL(4 cada día)	zidovudine SYRP	P	QL(60 ml al día)
stavudine CAPS	P	QL(2 cada día)	zidovudine TABS	P	QL(2 cada día)
STRIBILD	P	QL(1 cada día)	Combinaciones antivirales		
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz)	NP	QL(2 cada día)	PAXLOVID 100 MG-150 MG	P	
SUSTIVA CAPS 200 MG (Use efavirenz)	NP	QL(1 cada día)	Medicamentos contra el CMV		
SUSTIVA TABS (Use efavirenz)	NP	QL(1 cada día)	LIVTENCITY	P	SP; PA
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)	PREVYMIS SOLN	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
VALCYTE TABS (Use <i>valganciclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>valganciclovir hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día)
Medicamentos contra la hepatitis		
EPCLUSA PACK 50 MG- 200 MG	P	SP; PA
MAVYRET PACK	P	QL(6 cada día); SP; PA
MAVYRET TABS	P	QL(3 cada día); SP; PA
PEGASYS SOLN	P	SP; PA
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS	P	SP; PA
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200 MG	P	SP; PA
SOFOSBUVIR/VELPATA SVIR TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
SOVALDI TABS	P	SP; PA
VEMLIDY	P	SP; PA
Medicamentos contra el herpes		
<i>acyclovir</i> CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> SUSP	P	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS OR 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS OR 400 MG	P	QL(3 cada día)
<i>famciclovir</i>	P	
<i>valacyclovir hcl</i> 500 MG	P	QL(2 cada día)
<i>valacyclovir hcl</i> 1 GM, 1000 MG	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZOVIRAX SUSP (Use <i>acyclovir</i>)	NP	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra la gripe		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45 MG, 75 MG	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(10 cada 31 días de venta al por menor)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30 MG	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(20 cada 31 días de venta al por menor)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(120 ml cada 31 días de venta al por menor)
RELENZA DISKHALER	P	QL(20 por suministro al por menor); AL(Al menos 5 años)
TAMIFLU CAPS 30 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(20 cada 31 días de venta al por menor)
TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(10 cada 31 días de venta al por menor)
TAMIFLU SUSR (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	Suministro máx. de 1 de venta al por menor.; suministro de 180 días de venta al por menor.; QL(120 ml cada 31 días de venta al por menor)
BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Alfa-Beta bloqueadores		
<i>carvedilol</i> 25 MG	P	QL(4 cada día)
<i>carvedilol</i> 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG	P	QL(3 cada día)
<i>carvedilol phosphate</i>	P	QL(1 cada día)
COREG 25 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(4 cada día)
COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(3 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COREG CR (<i>Use carvedilol phosphate</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>labetalol hcl TABS 200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>labetalol hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>labetalol hcl TABS 300 MG</i>	P	QL(8 cada día)
Betabloqueadores cardio-selectivos		
<i>acebutolol hcl CAPS</i>	P	
<i>atenolol TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>bisoprolol fumarate</i>	P	QL(1 cada día)
LOPRESSOR TABS 100 MG (<i>Use metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4.5 cada día)
LOPRESSOR TABS 50 MG (<i>Use metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>metoprolol tartrate TABS 100 MG</i>	P	QL(4.5 cada día)
<i>metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día)
TENORMIN TABS (<i>Use atenolol</i>)	NP	QL(2 cada día)
TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (<i>Use metoprolol succinate</i>)	NP	QL(4 cada día)
TOPROL XL TB24 200 MG (<i>Use metoprolol succinate</i>)	NP	QL(2 cada día)
Betabloqueadores no selectivos		
BETAPACE AF (<i>Use sotalol hcl (afib/afI)</i>)	NP	QL(2 cada día)
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (<i>Use sotalol hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>Use nadolol</i>)	NP	QL(2 cada día)
INDERAL LA CP24 (<i>Use propranolol hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pindolol TABS</i>	P	
<i>propranolol hcl CP24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>propranolol hcl TABS</i>	P	
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	P	QL(2 cada día)
<i>sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>sotalol hcl TABS 240 MG</i>	P	
<i>timolol maleate TABS</i>	P	
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Bloqueadores de los canales de calcio		
<i>amlodipine besylate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
CALAN SR TBCR (<i>Use verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
CARDIZEM CD CP24 240 MG (<i>Use diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(2 cada día)
CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (<i>Use diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(1 cada día)
CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (<i>Use diltiazem hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl extended release beads 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)

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 cada día)
<i>diltiazem hcl CP12</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>felodipine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nicardipine hcl CAPS</i>	P	
<i>nifedipine CAPS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>nifedipine TB24 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nifedipine TB24 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>NORVASC TABS (Use amlodipine besylate)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>verapamil hcl TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>verapamil hcl TBCR</i>	P	QL(2 cada día)
<i>VERAPAMIL HYDROCHLORIDE ER CP24 (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal		
Glucósidos cardíacos		
<i>digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML</i>	P	
<i>digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG</i>	P	
<i>LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin)</i>	P	
<i>LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin)</i>	P	
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
Inhibidores de la miosina cardíaca		
<i>CAMZYOS</i>	P	SP; PA
Medicamentos contra la impotencia		
<i>BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>IFE-BIMIX 30/1 SOLN</i>	P	PA
<i>SUPER BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>SUPER TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
<i>TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
Vasodilatadores prostaglandínicos		
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA
<i>FLOLAN (Use epoprostenol sodium)</i>	NP	SP; PA
<i>ORENITRAM TBCR</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO REFILL SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO STARTER SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO SOLN IN</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VELETRI (<i>Use epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA
VENTAVIS	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - antagonistas de los receptores de la endotelina		
<i>ambrisentan</i>	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>bosentan TABS</i>	P	SP; PA
LETAIRIS (<i>Use ambrisentan</i>)	NP	QL(1 cada día); SP; PA
TRACLEER TABS (<i>Use bosentan</i>)	NP	SP; PA
TRACLEER TBSO	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - inhibidores de la fosfodiesterasa		
ADCIRCA TABS (<i>Use tadalafil (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SOLN (<i>Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SUSR (<i>Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO TABS (<i>Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - agonistas de los receptores de prostaciclina		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UPTRAVI TITRATION PACK TBPK	P	SP; PA
UPTRAVI SOLR	P	SP; PA
UPTRAVI TABS	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar estimuladores de la guanilato ciclasa soluble		
ADEMPAS	P	SP; PA
Estabilizadores de la transtiretina		
VYNDAMAX	P	QL(1 cada día); SP; PA
VYNDAQEL	P	QL(4 cada día); SP; PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera 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 de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML</i>	P	
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
Cefalosporinas de tercera generación		
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>cefixime CAPS</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)
SUPRAX CAPS (<i>Use cefixime</i>)	NP	
PRODUCTOS QUÍMICOS		
Productos químicos a granel - O's		
OMEPRAZOLE	P	PA
Productos químicos a granel - P's		
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
Anticonceptivos combinados - Orales		
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)
GENERESS FE (<i>Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP	
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)
LOSEASONIQUE (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
MIRCETTE (<i>Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	P	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>norethindrone acet & eth estra</i>	P	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	P	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
QUARTETTE (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
SEASONIQUE (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NP	QL(91 por surtido al por menor)
TYBLUME CHEW	P	
YASMIN 28 (<i>Use drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
YAZ (<i>Use drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
Anticonceptivos combinados - vaginales		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
NUVARING (<i>Use etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
Anticonceptivos de emergencia		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ELLA	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)	<i>dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML</i>	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG</i>	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)	<i>dexamethasone ELIX</i>	P	
PLAN B ONE-STEP (Use <i>levonorgestrel (emergency oc)</i>)	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)	<i>dexamethasone SOLN</i>	P	
Anticonceptivos de progestina - inyectables			<i>dexamethasone TABS</i>	P	
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)	EMFLAZA SUSP	P	SP; PA
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)	EMFLAZA TABS (Use <i>deflazacort</i>)	NP	SP; PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone TABS</i>	P	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)	MEDROL DOSEPAK TBPK (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)	MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
Anticonceptivos de progestina - orales			<i>methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	P		<i>methylprednisolone TBPK</i>	P	
OPILL	P		PEDIAPRED SOLN (Use <i>prednisolone sodium phosphate</i>)	NP	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica			<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML</i>	P	
Glucocorticosteroides			<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
CORTEF TABS (Use <i>hydrocortisone</i>)	NP		<i>prednisolone SOLN</i>	P	
CORTISONE ACETATE TABS	P		<i>prednisolone TABS</i>	P	
<i>deflazacort TABS</i>	P	SP; PA	PREDNISONO INTENSOL CONC	P	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML</i>	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)	<i>prednisone SOLN</i>	P	
Mineralocorticoides			<i>prednisone TABS</i>	P	
			<i>prednisone TBPK</i>	P	
			TARPEYO CPDR	P	SP; PA
			ZILRETTA SRER	P	SP; PA
			<i>fludrocortisone acetate TABS</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
Antitusivos		
<i>benzonatate 100 MG</i>	P	AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
<i>benzonatate 200 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
DELSYM SUER (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan polistirex LQCR</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan polistirex SUER</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN (Use <i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide</i>)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use <i>dextromethorphan hbr</i>)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use <i>pseudoephedrine-ibuprofen</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	P	AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<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 surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML-30 MG/5ML-30 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 100 MG/5ML-100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin)</i>	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
ED BRON GP LIQD	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine & phenylephrine SYRP</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SOLN</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SYRP</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SYRP</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-dm SYRP</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB12</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-phenylephrine-codeine</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB24</i>	P	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
MAXI-TUSS PE MAX LIQD	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
MAXI-TUSS PE LIQD	P	AL(Hasta 21 años)			
MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NF				
MUCINEX DM TB12 (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin LIQD 100 MG/5ML, 200 MG/10ML, 400 MG/20ML</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin SYRP</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin TB12 600 MG</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (<i>Use guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX TB12 (<i>Use guaifenesin</i>)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	Inhalantes respiratorios - varios		
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>	P	
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	Mucolíticos		
ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (<i>Use cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)	<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (<i>Use cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)	DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Expectorantes			Productos contra el acné		
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Use isotretinoin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
			ACNE MEDICATION 10 LOTN	P	OTC
			ACNE MEDICATION 5 LOTN	P	OTC
			BENZAC AC WASH LIQD 5 % (<i>Use benzoyl peroxide</i>)	NP	RX/OTC
			<i>benzoyl peroxide BAR</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>benzoyl peroxide GEL 2.5 % , 5 % , 10 %</i>	P		<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %</i>	P	
<i>benzoyl peroxide LIQD 4 % , 5 % , 10 %</i>	P		<i>tretinoin CREA 0.025 % , 0.05 % , 0.1 %</i>	P	QL(20 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
<i>CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical))</i>	NP		<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
<i>CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical))</i>	NP	QL(60 ml por surtido al por menor)	<i>tretinoin GEL 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años)
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	Antibióticos tópicos		
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN</i>	P		<i>bacitracin (topical) OINT</i>	P	OTC; QL(30 por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical) SOLN</i>	P		<i>bacitracin zinc OINT</i>	P	OTC; QL(30 por surtido al por menor)
<i>DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)</i>	NP	RX/OTC	<i>CENTANY OINT</i>	P	
<i>ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid))</i>	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>gentamicin sulfate (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid) GEL</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>gentamicin sulfate (topical) OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN</i>	P		<i>mupirocin calcium (topical)</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>isotretinoin 10 MG , 20 MG , 30 MG , 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA	<i>mupirocin OINT</i>	P	
<i>KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne))</i>	NP		<i>neomycin-bacitracin-polymyxin OINT</i>	P	OTC; QL(454 por surtido al por menor)
<i>RETIN-A CREA (Use tretinoin)</i>	NP	QL(20 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin)</i>	NP	AL(Hasta 35 años)	<i>NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin)</i>	NP	OTC; QL(454 por surtido al por menor)
<i>RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin)</i>	NP	QL(15 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine)</i>	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	P		Antifúngicos tópicos		
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>clotrimazole (topical) CREA</i>	P	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
			<i>clotrimazole (topical) SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 %</i>	P	
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (<i>Use terbinafine hcl (topical)</i>)	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LAMISIL AT CREA (<i>Use terbinafine hcl (topical)</i>)	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (<i>Use clotrimazole (topical)</i>)	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
LOTRIMIN AF CREA (<i>Use clotrimazole (topical)</i>)	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
MICATIN CREA (<i>Use miconazole nitrate (topical)</i>)	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC
<i>nystatin (topical) CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical) OINT</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical) POWD EX</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>terbinafine hcl (topical) CREA</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (<i>Use tolnaftate</i>)	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tolnaftate CREA</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
Antihistamínicos tópicos		
ITCH RELIEF CREA	P	OTC
Agentes antiinflamatorios tópicos		
<i>diclofenac sodium (topical) GEL EX</i>	P	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; QL(6.68 gm al día); RX/OTC
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (<i>Use diclofenac sodium (topical)</i>)	NP	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; QL(6.68 gm al día); RX/OTC
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos		
<i>bexarotene (topical)</i>	P	SP; PA
CARAC CREA (<i>Use fluorouracil (topical)</i>)	NP	
EFUDEX CREA (<i>Use fluorouracil (topical)</i>)	NP	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical) CREA 0.5 %</i>	P	
<i>fluorouracil (topical) CREA 5 %</i>	P	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical) SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
TARGRETIN (<i>Use bexarotene (topical)</i>)	NP	SP; PA
VALCHLOR	P	SP; PA
Antipruriginosos - tópicos		
<i>camphor & menthol LOTN</i>	P	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
SARNA LOTN (<i>Use camphor & menthol</i>)	NP	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
Antipsoriásicos		
<i>calcipotriene CREA</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>calcipotriene SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)	<i>selenium sulfide LOTN 2.5 %</i>	P	
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ	P	SP; PA	<i>selenium sulfide SHAM 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
COSENTYX SOSY	P	SP; PA	SELSUN BLUE CARE MENS MAXIMUM STRENGTH LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
DOVONEX CREA (<i>Use calcipotriene</i>)	NP		SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
ILUMYA	P	SP; PA	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SILIQ	P	SP; PA	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SKYRIZI PEN SOAJ	P	SP; ST; PA	SELSUN BLUE LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SKYRIZI PSKT	P	SP; PA	<i>sulfacetamide sodium LIQD</i>	P	QL(120 gm por surtido al por menor)
SKYRIZI SOSY	P	SP; PA	Antivirales - tópicos		
STELARA SOSY	P	SP; PA	<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
TALTZ SOAJ	P	SP; PA	<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
TALTZ SOSY	P	SP; PA	ZOVIRAX CREA (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 gm por surtido al por menor)
<i>tazarotene CREA</i>	P	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)	ZOVIRAX OINT (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>tazarotene GEL</i>	P	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)	Productos para quemaduras		
TAZORAC CREA	P	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)	SILVADENE (<i>Use silver sulfadiazine</i>)	NP	
TAZORAC CREA (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)	<i>silver sulfadiazine</i>	P	
TAZORAC GEL (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)	Corticosteroides - tópicos		
TREMFYA SOPN	P	SP; PA	<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i>	P	Cantidad limitada de 1 paquete de venta al por menor; Cantidad limitada de 30 días de paquetes de venta al por menor
TREMFYA SOSY	P	SP; PA	<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
Productos antiseborreicos					
OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)			
OVACE WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)			
<i>selenium sulfide LOTN 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>betamethasone valerate</i> CREA	P		<i>fluocinonide</i> OINT	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN	P		<i>fluocinonide</i> SOLN	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate</i> OINT	P		<i>fluticasone propionate</i> CREA 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> emollient base 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>fluticasone propionate</i> OINT	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> CREA 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK	NP	
<i>clobetasol propionate</i> GEL 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 0.5 %	P	OTC
<i>clobetasol propionate</i> OINT 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1 %	P	QL(454 gm por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clobetasol propionate</i> SOLN 0.05 %	P	QL(50 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5 %	P	
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use <i>fluocinolone acetonide</i>)	NP	QL(118.28 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 1 %	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
<i>desonide</i> CREA	P		<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5 %	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>desonide</i> OINT	P	QL(2 gm al día)	<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1 %, 2.5 %	P	RX/OTC
DESOWEN CREA (Use <i>desonide</i>)	NP		<i>hydrocortisone butyrate</i> SOLN	P	
<i>desoximetasone</i> CREA 0.25 %	P	QL(2 gm al día)	<i>mometasone furoate</i> CREA	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
<i>desoximetasone</i> CREA 0.05 %	P		<i>mometasone furoate</i> OINT	P	QL(45 gm por surtido al por menor)
<i>desoximetasone</i> GEL	P	QL(2 gm al día)	<i>mometasone furoate</i> SOLN	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
<i>desoximetasone</i> OINT 0.25 %	P	QL(2 gm al día)	TEMOVATE CREA (Use <i>clobetasol propionate</i>)	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 gm por surtido al por menor)	TEMOVATE OINT (Use <i>clobetasol propionate</i>)	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL	P	QL(118.28 ml por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)
<i>fluocinonide emulsified</i> base	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.05 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	
<i>fluocinonide</i> CREA 0.05 %	P	Límite de 1 paquete por surtido al por menor ; QL(150 gm cada 30 días de venta al por menor)	TOPICORT GEL (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)
<i>fluocinonide</i> GEL	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	TOPICORT OINT 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA</i>	P		<i>tacrolimus (topical) OINT 0.1 %</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)	Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/ vesicantes		
<i>triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 %</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)	DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
<i>triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 %</i>	P		KERALYT GEL	P	OTC
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide)	NP		KERALYT GEL (Use salicylic acid)	NP	
Medicamentos para el eccema			<i>podofilox SOLN</i>	P	
ADBRY	P	SP; PA	<i>salicylic acid GEL 6 %</i>	P	
CIBINQO	P	SP; PA	Anestésicos locales tópicos		
Medicamentos emolientes/queratolíticos			<i>capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %</i>	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>urea CREA 40 %</i>	P	RX/OTC	<i>capsaicin CREA 0.1 %</i>	P	OTC; QL(43 gm por surtido al por menor)
<i>urea LOTN 40 %</i>	P		CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin)	NP	OTC; QL(43 gm por surtido al por menor)
Emolientes			CAPZASIN-P CREA	P	OTC; QL(42.5 gm por surtido al por menor)
EMOLLIENT LOTION-MISC	P	RX/OTC	CASTIVA WARMING LOTN	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA</i>	P	QL(385 gm por surtido al por menor); RX/OTC	<i>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 gm por surtido al por menor)
<i>lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %</i>	P	QL(1368 gm por surtido al por menor); RX/OTC	<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
Medicamentos inmunomoduladores tópicos			<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 gm al día)
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)	<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)
Medicamentos inmunosupresores tópicos			<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 gm al día)
ELIDEL (Use pimecrolimus)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA	<i>lidocaine OINT</i>	P	Límite de 1 paquete por surtido al por menor ; QL(100 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>pimecrolimus</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA	<i>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>tacrolimus (topical) OINT 0.03 %</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LMX 4 CREA (<i>Use lidocaine</i>)	NP	OTC; QL(2 gm al día)
RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
DRYSOL SOLN	P	
<i>lanolin (topical) CREA</i>	P	OTC
<i>lanolin (topical) OINT</i>	P	OTC
LANOLOR CREA	P	OTC
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)
OFF DEEP WOODS DRY AERO	P	OTC; QL(113 gm por surtido al por menor, 226 gm cada 30 días de venta al por menor)
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	NP	
SAWYER INSECT REPELLENT CONTROLLED RELEASE LOTN	NP	
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)
ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN	P	OTC; QL(57 gm por surtido al por menor; 114 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>zinc oxide (topical) OINT 20 %</i>	P	OTC; QL(500 gm por surtido al por menor)
Medicamentos contra la rosácea		
METROCREAM CREA (<i>Use metronidazole (topical)</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
METROLOTION LOTN (<i>Use metronidazole (topical)</i>)	NP	
<i>metronidazole (topical) CREA</i>	P	
<i>metronidazole (topical) GEL 0.75 %</i>	P	QL(45 gm por surtido al por menor)
<i>metronidazole (topical) LOTN</i>	P	
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	OTC
<i>malathion</i>	P	QL(59 ml por surtido al por menor)
NATROBA (<i>Use spinosad</i>)	NP	Mínimo limitado a la edad = 6 meses; QL(120 ml por surtido al por menor; 240 ml cada 30 días de venta al por menor)
NIX CREME RINSE LIQD EX (<i>Use permethrin</i>)	NP	OTC
OVIDE (<i>Use malathion</i>)	NP	QL(59 ml por surtido al por menor)
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(360 gm por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 %</i>	P	OTC
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX	P	OTC
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ml cada 14 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>spinosad</i>	P	Mínimo limitado a la edad = 6 meses; QL(120 ml por surtido al por menor; 240 ml cada 30 días de venta al por menor)	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM	P	PA
Productos derivados del alquitrán			MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM	P	PA
<i>coal tar extract SHAM 0.5 %</i>	P	OTC	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM	P	PA
DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM	P	PA
DHS TAR SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM	P	PA
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract)	NP	OTC	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM/MESHED	P	PA
Productos para el cuidado de heridas			MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED	P	PA
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	P	SP; PA	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH	P	PA
APLIGRAF DISK	P	PA	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED	P	PA
CORETEXT SUSP 1 ML	P	PA	NOVACHOR	P	PA
CORETEXT SUSP 2 ML	P	SP; PA	OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX FENESTRATED	P	PA
EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE	P	PA	OASIS WOUND MATRIX	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM	P	PA	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM	P	PA	PROTEXT SUSP 2 ML	P	SP; PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM	P	PA			
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM	P	PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROTEXT SUSP 0.25 ML, 0.5 ML, 1 ML	P	PA
PURAPLY 2CM X 4CM	P	PA
PURAPLY 5CM X 5 CM	P	PA
PURAPLY 6CM X 9CM	P	PA
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
Medicamentos para diagnóstico		
CORTROSYN SOLR (Use <i>cosyntropin</i>)	NP	SP; PA
<i>cosyntropin</i> SOLR	P	SP; PA
THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA
Análisis de diagnóstico		
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
ADVIN COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
BD VERITOR AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS333 STRP	NP	RX/OTC
BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CARESENS N BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CHEMSTRIP-K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CLINITEST RAPID COVID-19ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP	
COVID-19 AG TEST KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	NP	
CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT	NP	
EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
FASTEP COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)
FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT	P	OTC; QL(1 cada día)
FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FORTISCARE G1 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT	NP		ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT	NP		PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)	PRECISION XTRA	P	OTC; QL(1 cada día)
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	NP		PTS PANELS EGLU STRP	NP	RX/OTC
IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	PTS PANELS KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)
INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT	NP		QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	RAPID SARS-COV-2 ANTIGEN TEST CARD KIT	NP	
KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	RELION KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
KETONE STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	SPEEDY SWAB RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP	
NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)	VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas		
ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP		Enzimas digestivas		
ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC	CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)
ONETOUCH ULTRA STRP	NP	RX/OTC	DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial		
			Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
			acetazolamide CP12	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>acetazolamide TABS</i>	P	
<i>dichlorphenamide</i>	P	SP; PA
KEVEYIS (Use <i>dichlorphenamide</i>)	NP	SP; PA
<i>methazolamide TABS</i>	P	
Combinaciones de diuréticos		
ALDACTAZIDE (Use <i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
MAXZIDE TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide TABS</i>	P	
Diuréticos de asa		
<i>bumetanide TABS</i>	P	
BUMEX TABS 0.5 MG (Use <i>bumetanide</i>)	NP	
<i>furosemide SOLN OR 10 MG/ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>furosemide TABS</i>	P	
LASIX TABS (Use <i>furosemide</i>)	NP	
SOANZ TABS 20 MG	NP	QL(1 cada día)
<i>toremide TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Diuréticos ahorradores de potasio		
ALDACTONE TABS (Use <i>spironolactone</i>)	NP	
<i>amiloride hcl TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>spironolactone TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas		
<i>chlorthalidone 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>hydrochlorothiazide CAPS</i>	P	
<i>hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>	P	
<i>metolazone</i>	P	
MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
Inhibidores de los esteroides adrenales		
ISTURISA	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de la densidad ósea		
ACTONEL TABS 35 MG (Use <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>alendronate sodium SOLN</i>	P	QL(10.8 ml al día)
<i>alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG</i>	P	QL(0.15 cada día)
<i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
AELVIA TBEC (Use <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>calcitonin (salmon) IJ</i>	P	QL(2 ml por surtido al por menor)
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	Límite de 1 paquete por surtido al por menor
EVENITY	P	SP; PA
FORTEO SOPN (Use <i>teriparatide (recombinant)</i>)	NP	SP; PA
FOSAMAX TABS 70 MG (Use <i>alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 cada día)
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA
MIACALCIN IJ (Use <i>calcitonin (salmon)</i>)	NP	QL(2 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NATPARA	P	SP; 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 (<i>Use zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>teriparatide (recombinant) SOPN</i>	P	SP; PA
TERIPARATIDE SOPN	P	SP; PA
TYMLOS	P	SP; PA
XGEVA SOLN	P	SP; PA
<i>zoledronic acid CONC</i>	P	SP; PA
<i>zoledronic acid SOLN</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
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
GONAL-F RFF SOLR SC	P	PA
GONAL-F SOLR IJ	P	PA
MENOPUR SC	P	PA
NOVAREL IM 5000 UNIT	P	PA
OVIDREL INJ	P	PA
PREGNYL IM	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NACL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE 0.25 MG	P	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (<i>Use ganirelix acetate</i>)	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA
SAIZEN IJ	P	SP; PA
SAIZENPREP RECONSTITUTIONKIT IJ	P	SP; PA
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA
SKYTROFA	P	SP; PA
ZORBTIVE SC	P	SP; PA
Moduladores de los receptores hormonales		
EVISTA (<i>Use raloxifene hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>raloxifene hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Inhibidores de los receptores del factor de crecimiento similar a la insulina		
TEPEZZA	P	SP; PA
Factores de crecimiento similares a la insulina (somatomedinas)		
INCRELEX	P	SP; PA
Supresores hipofisarios análogos de los agonistas de la LHRH/GnRH		
FENSOLVI SC	P	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	P	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SUPPRELIN LA	P	SP; PA
SYNAREL	P	SP; PA
TRIPTODUR	P	SP; PA
Modificadores metabólicos		
ALDURAZYME	P	SP; PA
<i>betaine</i>	P	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA
BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate)	NP	SP; PA
BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate)	NP	SP; PA
<i>calcitriol CAPS</i>	P	
CARBAGLU (Use carglumic acid)	NP	SP; PA
<i>carglumic acid</i>	P	SP; PA
CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(30 ml al día)
CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(30 ml al día)
CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(3 cada día)
<i>cinacalcet hcl</i>	P	SP; PA
CRYSVITA	P	SP; PA
CYSTADANE (Use <i>betaine</i>)	NP	SP; PA
ELAPRASE	P	SP; PA
GALAFOLD	P	QL(0.5 cada día); SP; PA
KANUMA	P	SP; PA
KUVAN PACK (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
KUVAN TABS (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN OR 1 GM/10ML</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) TABS</i>	P	QL(3 cada día)
LUMIZYME	P	SP; PA
MEPSEVII	P	SP; PA
MYALEPT	P	SP; PA
NAGLAZYME	P	SP; PA
NEXVIAZYME	P	SP; PA
<i>nitisinone CAPS</i>	P	SP; PA
NITYR TABS	P	SP; PA
NULIBRY	P	SP; PA
ORFADIN CAPS (Use <i>nitisinone</i>)	NP	SP; PA
ORFADIN SUSP	P	SP; PA
PALYNZIQ	P	SP; PA
<i>paricalcitol SOLN</i>	P	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA
REVCOVI	P	SP; PA
ROCALTROL CAPS (Use <i>calcitriol</i>)	NP	
<i>sapropterin dihydrochloride PACK</i>	P	SP; PA
<i>sapropterin dihydrochloride TABS</i>	P	SP; PA
SENSIPAR (Use <i>cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate POWD</i>	P	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate TABS</i>	P	SP; PA
STRENSIQ	P	SP; PA
VIMIZIM	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA
ZEMPLAR SOLN (Use <i>paricalcitol</i>)	NP	SP; PA
Péptidos natriuréticos		
VOXZOGO	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Hormonas de la hipófisis posterior		
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
DDAVP TABS (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>desmopressin acetate spray</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>desmopressin acetate SOLN IJ</i>	P	SP; PA
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA
<i>desmopressin acetate TABS</i>	P	QL(6 cada día)
STIMATE SOLN NA	P	SP; PA
Medicamentos somatostáticos		
<i>octreotide acetate SOLN</i>	P	SP; PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	P	SP; PA
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (<i>Use octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA
SIGNIFOR	P	SP; PA
SIGNIFOR LAR	P	SP; PA
Antagonistas de los receptores de la vasopresina		
JYNARQUE TABS	P	SP; PA
JYNARQUE TBPB	P	SP; PA
SAMSCA TABS (<i>Use tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
<i>tolvaptan TABS</i>	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (<i>Use estradiol & norethindrone acetate</i>)	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>estradiol & norethindrone acetate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
FEMHRT (<i>Use norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>)	NP	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P	
PREMPHASE	P	
PREMPRO	P	
Estrógenos		
ALORA PTTW	P	QL(8 por surtido al por menor)
CLIMARA PTWK (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor)
ESTRACE TABS (<i>Use estradiol</i>)	NP	
<i>estradiol PTTW</i>	P	QL(8 por surtido al por menor)
<i>estradiol PTWK</i>	P	QL(4 por surtido al por menor)
<i>estradiol TABS</i>	P	
MINIVELLE PTTW (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
PREMARIN TABS	P	QL(1 cada día)
VIVELLE-DOT PTTW (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (<i>Use ciprofloxacin hcl</i>)	NP	
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ofloxacin 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios		
Antiflatulentos		
MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP (Use <i>simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use <i>simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone CHEW 80 MG</i>	P	OTC
<i>simethicone LIQD OR 20 MG/0.3ML</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone SUSP</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares		
CHOLBAM	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)		
OCALIVA	P	QL(1 cada día); SP; PA
Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares		
CHENODAL	P	SP; PA
URSO 250 TABS (Use <i>ursodiol</i>)	NP	QL(7 cada día)
<i>ursodiol CAPS</i>	P	
<i>ursodiol TABS 250 MG</i>	P	QL(7 cada día)
Estimulantes gastrointestinales		
GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA
<i>metoclopramide hcl SOLN OR 5 MG/5ML, 10 MG/10ML</i>	P	
<i>metoclopramide hcl TABS</i>	P	
REGLAN TABS (Use <i>metoclopramide hcl</i>)	NP	
Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
BYLVAY CAPS	P	SP; PA
LIVMARLI	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios intestinales		
APRISO CP24 (Use <i>mesalamine</i>)	NP	
ASACOL HD TBEC (Use <i>mesalamine</i>)	NP	
AVSOLA	P	SP; PA
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use <i>sulfasalazine</i>)	NP	
AZULFIDINE TABS (Use <i>sulfasalazine</i>)	NP	
<i>balsalazide disodium CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
COLAZAL CAPS (Use <i>balsalazide disodium</i>)	NP	QL(9 cada día)
DELZICOL CPDR (Use <i>mesalamine</i>)	NP	
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
INFLECTRA SOLR	P	SP; PA
INFLIXIMAB	P	SP; PA
LIALDA TBEC (Use <i>mesalamine</i>)	NP	
<i>mesalamine CP24</i>	P	
<i>mesalamine CPDR</i>	P	
<i>mesalamine ENEM</i>	P	QL(60 ml al día)
<i>mesalamine TBEC</i>	P	
REMICADE	P	SP; PA
RENFLEXIS	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
<i>sulfasalazine TABS</i>	P	
<i>sulfasalazine TBEC</i>	P	
Acidificadores intestinales		
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
<i>calcium acetate (phosphate binder) CAPS</i>	P	
Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS)		
GATTEX	P	SP; PA
Inhibidores de la triptófano hidroxilasa		
XERMELO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS - VARIOS - Medicamentos diversos para el tratamiento de problemas del sistema urinario y los órganos reproductores		
Alcalinizadores		
<i>potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG</i>	P	
<i>sodium citrate & citric acid</i>	P	QL(500 ml cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid</i>	NP	RX/OTC
UROCIT-K 10 TBCR (Use <i>potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
UROCIT-K 5 TBCR (Use <i>potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
<i>sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %</i>	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
<i>finasteride</i>	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLOMAX (Use <i>tamsulosin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
PROSCAR (Use <i>finasteride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>tamsulosin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use <i>phenazopyridine hcl</i>)	NF	
<i>phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	
PYRIDIUM TABS (Use <i>phenazopyridine hcl</i>)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
<i>tiopronin TABS</i>	P	SP; PA
<i>tiopronin TBEC</i>	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
DEFLUX	P	SP; PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P	
Medicamentos contra la gota		
<i>allopurinol</i>	P	
<i>colchicine TABS</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
COLCRYS TABS (Use <i>colchicine</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA
ZYLOPRIM (Use <i>allopurinol</i>)	NP	
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
ADVATE	P	SP; PA
ADYNOVATE	P	SP; PA
AFSTYLA	P	SP; PA
ALPHANATE SOLR	P	SP; PA
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT	P	SP; PA
ALPROLIX	P	SP; PA
BENEFIX KIT	P	SP; PA
COAGADEX	P	SP; PA
CORIFACT	P	SP; PA
ELOCTATE	P	SP; PA
ESPEROCT	P	SP; PA
FEIBA	P	SP; PA
FIBRYGA	P	SP; PA
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML	P	SP; PA
HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT	P	SP; PA
HEMOFIL M SOLR 1501 - 2000 UNIT	P	PA
HUMATE-P SOLR	P	SP; PA
IDELVION	P	SP; PA
IXINITY SOLR	P	SP; PA
JIVI	P	SP; PA
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 del receptor B2 de la bradicinina		
FIRAZYR SOSY (<i>Use icatibant acetate</i>)	NP	SP; PA
<i>icatibant acetate SOLN</i>	P	SP; PA
<i>icatibant acetate SOSY</i>	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
Medicamentos hemorreológicos		
<i>pentoxifylline</i>	P	
Hemín		
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA
Proteínas plasmáticas		
RYPLAZIM	P	SP; PA
THROMBATE III	P	SP; PA
Inhibidores de la agregación plaquetaria		
BRILINTA	P	QL(2 cada día)
CABLIVI	P	SP; PA
<i>cilostazol</i>	P	QL(2 cada día)
<i>clopidogrel bisulfate 75 MG</i>	P	
<i>dipyridamole</i>	P	
EFFIENT (Use <i>prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
PLAVIX 75 MG (Use <i>clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPB	P	SP; PA
PYRUKYND TABS	P	SP; PA
Medicamentos trombolíticos - varios		
DEFITELIO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA
CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>miglustat</i>	P	SP; PA
ZAVESCA (Use <i>miglustat</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
DROXIA CAPS	P	
ENDARI	P	SP; PA
OXBRYTA TABS 500 MG	P	SP; PA
OXBRYTA TBSO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SIKLOS TABS	P	PA
Cobalaminas		
<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ml cada 270 días de venta al por menor)
Ácido fólico/folatos		
<i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
Factores de crecimiento hematopoyético		
ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML	P	SP; PA
ARANESP ALBUMIN FREE SOSY	P	SP; PA
EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML	P	SP; PA
GRANIX SOLN	P	SP; PA
GRANIX SOSY	P	SP; PA
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
MIRCERA	P	SP; PA
MULPLETA	P	SP; PA
NEUPOGEN SOLN	P	SP; PA
NEUPOGEN SOSY	P	SP; PA
NIVESTYM SOLN	P	SP; PA
NIVESTYM SOSY	P	SP; PA
NYVEPRIA	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
RELEUKO SOLN	P	SP; PA
RELEUKO SOSY	P	SP; PA
RETACRIT	P	SP; PA
ZARXIO	P	SP; PA
Mezclas hematopoyéticas		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Suplementos de hierro		
FER-IN-SOL SOLN (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ml al día)
FERRETTTS TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>ferrous fumarate TABS 324 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 ml al día)
<i>ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TABS 65 MG, 325 MG</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TBEC</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
FERROUS SULFATE TBEC (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 50 años)
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	P	OTC
IRON TABS 28 MG	P	OTC
<i>polysaccharide iron complex CAPS 150 MG</i>	P	QL(1 cada día)
Movilizadores de células madre		
MOZOBIL (<i>Use plerixafor</i>)	NP	SP; PA
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
AMICAR SOLN OR (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	QL(236.5 ml cada 30 días de venta al por menor); SP
AMICAR TABS 500 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AMICAR TABS 1000 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>aminocaproic acid SOLN OR 0.25 GM/ML</i>	P	QL(236.5 ml cada 30 días de venta al por menor); SP
<i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>aminocaproic acid TABS 1000 MG</i>	P	SP; PA
<i>aminocaproic acid TABS 500 MG</i>	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
LYSTEDA TABS (<i>Use tranexamic acid</i>)	NP	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>tranexamic acid TABS</i>	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Antihistamínicos hipnóticos		
<i>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>doxylamine succinate (sleep)</i>	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS (<i>Use diphenhydramine hcl (sleep)</i>)	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS (<i>Use doxylamine succinate (sleep)</i>)	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital ELIX</i>	P	
<i>phenobarbital TABS</i>	P	
Hipnóticos no barbitúricos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
flurazepam hcl	P	AL(AI menos 18 años - Hasta 65 años)
HALCION 0.25 MG (Use triazolam)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
midazolam hcl SOLN IJ	P	
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam)	NP	AL(AI menos 18 años)
temazepam 15 MG, 30 MG	P	AL(AI menos 18 años)
triazolam	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon 5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zolpidem tartrate TABS	P	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)

LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal

Laxantes a granel

calcium polycarbophil TABS	P	OTC; QL(10 cada día)
EVAC POWD (Use psyllium)	NP	OTC
METAMUCIL ORIGINAL TEXTURE POWD (Use psyllium)	NP	OTC
METAMUCIL POWD (Use psyllium)	NP	OTC
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD	P	OTC
psyllium CAPS 0.52 GM	P	OTC
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 %	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
psyllium POWD 43 %	P	
Combinaciones de laxantes		
GOLYTELY SOLR (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate)	NP	QL(4000 ml por surtido al por menor)
NULYTELY (Use peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride)	NP	QL(4000 ml por surtido al por menor)
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR	P	QL(4000 ml por surtido al por menor)
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	P	QL(4000 ml por surtido al por menor)
PEG-PREP	P	
sennosides-docusate sodium TABS	P	OTC; QL(4 cada día)
SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium)	NP	OTC; QL(4 cada día)
Laxantes - varios		
glycerin (laxative) SUPP 2 GM	P	OTC
GLYCERIN ADULT SUPP (Use glycerin (laxative))	NP	OTC
lactulose SOLN	P	
MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350)	NP	QL(34 gm al día)
PEDIA-LAX SUPP (Use glycerin (laxative))	NF	
polyethylene glycol 3350 POWD	P	QL(34 gm al día)
SORBITOL OR 70 %	P	OTC
Laxantes salinos		
FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates)	NP	OTC
FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates)	NP	OTC
magnesium citrate	P	OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML</i>	P	OTC; QL(992 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>sodium phosphates ENEM</i>	P	OTC
Laxantes estimulantes		
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
<i>bisacodyl TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use <i>bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX SUPP (Use <i>bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
DULCOLAX TBEC (Use <i>bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
<i>sennosides TABS 8.6 MG</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
SEKOKOT TABS (Use <i>sennosides</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
Laxantes surfactantes		
COLACE CLEAR CAPS (Use <i>docusate sodium</i>)	NP	OTC
COLACE CAPS 100 MG (Use <i>docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>docusate sodium LIQD</i>	P	OTC
<i>docusate sodium SYRP</i>	P	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRP	P	OTC
<i>docusate sodium TABS</i>	P	OTC
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Azitromicina		
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(30 ml por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX PACK (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor)
ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(30 ml por surtido al por menor)
ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(15 ml por surtido al por menor)
ZITHROMAX TABS 500 MG (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
ZITHROMAX TABS 250 MG (Use <i>azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
Claritromicina		
<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)
<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)
Eritromicinas		
E.E.S. GRANULES SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
ERYPED 200 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ERYPED 400 SUSR (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>erythromycin base CPEP</i>	P		FREESTYLE LIBRE 2/READER/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
<i>erythromycin base TABS</i>	P		FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>erythromycin base TBEC</i>	P		FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	NP	
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P		FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P		FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	NP	
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P		FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS					
Vendas-Apósitos-Adhesivos					
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	NP	
Anticonceptivos					
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC	FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
Suministros para diabéticos					
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
CONTOUR NEXT GEN BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP	
DEXCOM G6 RECEIVER	NP		GUARDIAN REAL-TIME REPLACEMENT MONITOR PEDIATRIC	NP	
DEXCOM G7 RECEIVER	NP		LANCETS-MISC	P	QL (6.67 cada día); OTC
DEXCOM G7 SENSOR	NP		LANCING DEVICE-MISC	P	OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	NP		ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT	NP	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY/READER/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH SOLUTIONS RX STARTER KIT KIT	NP	
			ONETOUCH ULTRA 2 KIT	P	RX/OTC
			ONETOUCH ULTRA 2 KIT	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de mayo de 2024
P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ONETOUGH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC
ONETOUGH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	P	RX/OTC	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC
ONETOUGH VERIO REFLECT KIT	P	RX/OTC	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC
ONETOUGH VERIO REFLECT KIT	NP	RX/OTC	EMBRACE PEN NEEDLES/30G X 5MM	NP	RX/OTC
SOF-SENSOR	NP		EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 5MM	NP	QL(5 cada día); RX/OTC
TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC	EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM	NP	RX/OTC
Dispositivos varios			EMBRACE PEN NEEDLES/32G X 4MM	NP	RX/OTC
ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC	INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC
Suministros ópticos y oftálmicos			INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC
SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA	INSUPEN 31G X 5MM	NP	RX/OTC
Suministros para terapia parenteral			INSUPEN 31G X 8MM	NP	RX/OTC
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC	INSUPEN 32G X 4MM	NP	RX/OTC
AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16"	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 30GX5MM	NP	RX/OTC
AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32"	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31G X 8MM	NP	RX/OTC
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC
ASSURE ID PRO SAFETY PENNEEDLES 30G X 5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31GX8MM	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE/31GX5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE/32GX6MM	NP		PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX3/16" (5MM)	NP	RX/OTC	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX5/16" (8MM)	NP	RX/OTC	ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES32GX5/32" (4MM)	NP	RX/OTC	ADAPTER PED DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC	ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC	ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC	ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC	AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6MM	NP		AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC	AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM	NP	RX/OTC	ALL FLOW 1000 PULMONARY FUNCTION FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC	ASSESS PEAK FLOW METER FULL RANGE	P	RX/OTC
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE/32G X 4MM	NP	RX/OTC	ASSESS PEAK FLOW METER LOW RANGE	P	RX/OTC
Suministros para terapia respiratoria			BREATHE EASE NEBULIZER MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de mayo de 2024
P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BREATHE EASE NEBULIZER MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	EASY FLOW 300 MM HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BUBBLES THE FISH II PEDIATRIC MASK/PVC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY FLOW 400 MM HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY FLOW AIR NOZZLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE/6FT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY FLOW HEPA FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EBASE CONTROLLER KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP NEUTRALIZING PRE-WASH MISC	P	QL(1 ml cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH UNIVERSAL CPAP FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CO MONITOR REPLACEMENT TPIECES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	KOKO PEAK PRO REPLACEMENT PLASTIC MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
			LITETOUCH MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
LITETOUCH MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
LUNG PERFORMANCE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PANDA MASK LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MASK VORTEX/CHILD/FROG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PANDA MASK MEDIUM	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MASK VORTEX/TODDLER/LADYBUG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PANDA MASK SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MINI WRIGHT AFS PEAK FLOWMETER LOW RANGE	P	RX/OTC	PARI BABY CONVERSION KIT SIZE 1 MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PARI BABY CONVERSION KIT SIZE 2 MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD RANGE	P	RX/OTC	PARI BABY CONVERSION KIT SIZE 3 MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI EXPIRATORY FILTER VALVE SET DEVI	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI MASK SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NOSE CLIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SOFT PLASTIC PEDIATRIC MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ONE FLOW TESTER TUBE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PARI VORTEX ADULT MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEAK A-I-R FLOW METER	P	RX/OTC	PURE COMFORT PEAK FLOW METER ADULT	P	RX/OTC
PEAK AIR PEAK FLOW METERADULT/PEDIATRIC	P	RX/OTC	PURE COMFORT PEAK FLOW METER CHILD	P	RX/OTC
PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	REPLACEMENT AIR FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REPLACEMENT FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEDIATRIC PANDA MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/LARGE/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PFLEX MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/SMALL/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PHARMACIST CHOICE NEBULIZER/CPAP/INHALER CHAMBER MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SAMI THE SEAL REPLACEMENTFILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PIKO 1 ELECTRONIC	P	RX/OTC	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/SAMI THE SEAL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/TUCKER THE TURTLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKET PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	SIDESTREAM PLUS ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKETPEAK PEAK FLOW METER LOW RANGE	P	RX/OTC			
POCKETPEAK PEAK FLOW METER/UNIVERSAL RANGE 50-720 LPM	P	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL100 ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES	P	QL (3 cada 180 días de venta al por menor)
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS	P	QL (2 cada 360 días de venta al por menor)
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	P	RX/OTC
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
THRESHOLD IMT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
TRUZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
TUBING/WING TIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WINDMILL TRAINER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA - Medicamentos para tratar la migraña		
Combinaciones contra la migraña		
CAFERGOT TABS (<i>Use ergotamine w/ caffeine</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>ergotamine w/ caffeine TABS</i>	P	AL(AI menos 18 años)
Productos contra la migraña		
D.H.E. 45 SOLN IJ (<i>Use dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML</i>	P	AL(AI menos 18 años)
MIGRANAL SOLN NA (<i>Use dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
Agonistas de la serotonina		
AMERGE (<i>Use naratriptan hcl</i>)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (<i>Use sumatriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	zolmitriptan TABS	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(0.4 cada día)	zolmitriptan TBDP	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)	ZOMIG SOLN (Use zolmitriptan)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
naratriptan hcl	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
RELPAK (Use eletriptan hydrobromide)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	MINERALES Y ELECTROLITOS		
rizatriptan benzoate TABS	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)	Calcio		
rizatriptan benzoate TBDP	P	QL(0.4 cada día)	CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
sumatriptan	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 400 UNIT-800 UNIT-600 MG-600 MG, 800 UNIT-600 MG	P	QL(2 cada día)
sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-200 UNIT-500 MG-500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG	P	OTC
sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT	P	OTC; QL(2 cada día)
sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML	P	QL(2.5 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT	P	OTC
sumatriptan succinate TABS	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol)	NP	QL(2 cada día)
zolmitriptan SOLN 5 MG	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol)	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de mayo de 2024
P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>oyster shell</i>	P	OTC	<i>sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG</i>	P	AL(Hasta 15 años)
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	P	OTC	<i>sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML</i>	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
PARVA-CAL	P	OTC	Magnesio		
QC CALCIUM 500MG/D3 TABS	P	OTC	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS	P	OTC
Mezclas de electrolitos			<i>magnesium oxide (mg supplement) TABS 400 MG</i>	P	OTC
BIOLYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	MAGNESIUM OXIDE CAPS	P	OTC
CERALYTE 70 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	MAGNESIUM CAPS 400 MG	P	OTC
CERASPORT EX1 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	MAGOX 400 TABS (<i>Use magnesium oxide (mg supplement)</i>)	NP	OTC
CERASPORT SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	Fosfato		
ENFAMIL ENFALYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	K-PHOS NEUTRAL (<i>Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic</i>)	NP	QL(8 cada día)
EQUALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic</i>	P	QL(8 cada día)
HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	Potasio		
HYDRALYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	K-TAB TBCR 8 MEQ, 10 MEQ (<i>Use potassium chloride</i>)	NP	
KINDERLYTE PREMAX SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>potassium bicarbonate TBEF</i>	P	
KINDERLYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	P	
<i>oral electrolytes SOLN</i>	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>potassium chloride CPCR 10 MEQ</i>	P	
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>potassium chloride CPCR 8 MEQ</i>	P	QL(1 cada día)
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)	<i>potassium chloride PACK OR 20 MEQ</i>	P	
PEDIALYTE SINGLES SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)	Flúor		
PEDIALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)			
TRUELYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride SOLN OR 10 %, 20 %</i>	P	
<i>potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ</i>	P	
Zinc		
<i>zinc sulfate CAPS</i>	P	QL(100 por surtido al por menor)
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
Tejido alogénico		
RETHYMIC	P	SP; PA
Agentes quelantes		
DEPEN TITRATABS TABS (<i>Use penicillamine</i>)	NP	
<i>penicillamine TABS</i>	P	
SYPRINE (<i>Use trientine hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>trientine hcl 250 MG</i>	P	SP; PA
<i>trientine hcl 500 MG</i>	P	SP
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA
REVLIMID	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM	P	SP; PA
<i>azathioprine TABS 50 MG</i>	P	
<i>azathioprine TABS 75 MG, 100 MG</i>	P	PA
CELLCEPT CAPS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CELLCEPT SUSR (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT TABS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN</i>	P	
<i>cyclosporine CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML</i>	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA
IMURAN TABS (<i>Use azathioprine</i>)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA
<i>mycophenolate mofetil CAPS</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil SUSR</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil TABS</i>	P	
<i>mycophenolate sodium</i>	P	
MYFORTIC (<i>Use mycophenolate sodium</i>)	NP	
NEORAL CAPS (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NEORAL SOLN (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS (<i>Use tacrolimus</i>)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA
RAPAMUNE SOLN (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
RAPAMUNE TABS (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
SANDIMMUNE CAPS (<i>Use cyclosporine</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SANDIMMUNE SOLN OR	P	
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML (Use cyclosporine)	NP	
sirolimus SOLN	P	
sirolimus TABS	P	
tacrolimus CAPS	P	
THYMOGLOBULIN	P	SP; PA
Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos		
SYLVANT	P	SP; PA
Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS)		
VIJOICE	P	SP; PA
Medicamentos eliminadores de potasio		
sodium polystyrene sulfonate POWD	P	
sodium polystyrene sulfonate SUSP OR 15 GM/60ML	P	
Medicamentos para el tratamiento de la progeria		
ZOKINVY	P	SP; PA
Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico		
BENLYSTA SOAJ	P	SP; PA
BENLYSTA SOLR	P	SP; PA
BENLYSTA SOSY	P	SP; PA
SAPHNELO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE AFECIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES		
Anestésicos tópicos orales		
lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
Antiinfecciosos - Garganta		
nystatin (mouth-throat)	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
Antisépticos - Bucales/Garganta		
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat))	NP	
Productos dentales		
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental))	NP	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental))	NP	
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental))	NP	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental))	NP	
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental))	NP	PA
PREVIDENT FLUORIDE GEL (Use sodium fluoride (dental))	NP	
sodium fluoride (dental) CREA	P	PA
sodium fluoride (dental) GEL	P	
sodium fluoride (dental) PSTE DT	P	
Productos periodontales		
ARESTIN	P	SP; PA
Esteroides - Bucales/Garganta/Dental		
triamcinolone acetonide (mouth)	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
Productos para la garganta - varios		
AQUORAL SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SPRAY SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CAPHOSOL SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	<i>b-complex w/ c & folic acid TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CVS DRY MOUTH SPRAY SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas con hierro		
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
MOI-STIR SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
MOUTH KOTE REMINT SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas con minerales		
MOUTH KOTE SOLN	P	QL(900 por surtido al por menor); RX/OTC	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
ORAL RELIEF SPRAY FOR DRYMOUTH & DISCOMFORT SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas		
<i>pilocarpine hcl (oral) 5 MG</i>	P	QL(6 cada día)	ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
RA DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	AMLADDEX TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
SALAGEN 5 MG (<i>Use pilocarpine hcl (oral)</i>)	NP	QL(6 cada día)	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
XEROSTOMIA RELIEF SPRAY SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC	ESTROFACTORS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMINAS			FOLCYTEINE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Vitaminas del complejo B			GENICIN VITA-Q TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 cada día)	MULTI VITAMIN/D-3 TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con C			MULTI VITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	<i>multiple vitamin TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con ácido fólico			MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
			NEOMULTIVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OMNICAP TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-0.25 MG-15 UNIT, 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-1 MG-15 UNIT	P	RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-0.5 MG-15 UNIT	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW	P	RX/OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-1.2 MG-10 MCG-6.75 MG-750 MCG-4.5 MCG-0.5 MG, 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-4.5 MCG-1.2 MG-2500 UNIT-400 UNIT-15 UNIT-0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTI-VIT-FLOR CHEW 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG-10 MG-0.25 MG-600 MCG-4.5 MCG-230 MCG, 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG-10 MG-1 MG-600 MCG-4.5 MCG-230 MCG	P	RX/OTC
QUINTABS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW</i>	P	RX/OTC
THERA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
THEREMS MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
TM-DAILY VITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
VITAZYME TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro					
<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC			
Multivitaminas pediátricas con minerales					
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC			
Multivitaminas pediátricas con flúor					
FLORIVA PLUS SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pediatric multivitamins w/fl SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
<i>pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
POLY-VI-FLOR CHEW	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
POLY-VI-FLOR CHEW	P	RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.5 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.25 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG, 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG	P	RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con hierro		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
POLY-VI-SOL/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
POLY-VITA/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
Multivitaminas pediátricas		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VI-SOL SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VITA SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
Vitaminas prenatales		
PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
Vitaminas con lipotrópicos		
<i>vitamins w/ lipotropics CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos		
Terapia reparadora del cartílago articular		
MACI	P	SP; PA
Relajantes musculares centrales		
<i>baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA
<i>baclofen TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	
<i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>	P	
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen)	NP	SP; PA
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT (Use baclofen)	NP	SP; PA
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 0.05 MG/ML, 10 MG/5ML	P	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 (Use tizanidine hcl)	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
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
MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS -		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		
LITTLE REMEDIES SALINE SPRAY/DROPS SOLN	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SALINE NASAL SPRAY 0.65%	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
Antialérgicos nasales		
<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		
FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>flunisolide (nasal) 0.025 %</i>	P	QL(25 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i>	P	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDRENS AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))	NP	AL(AI menos 2 años)
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))	NP	AL(AI menos 2 años)
triamcinolone acetonide (nasal) AERO	P	AL(AI menos 2 años)
Descongestionantes simpaticomiméticos		
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal))	NP	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
epinephrine hcl (nasal)	P	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
phenylephrine hcl (oral) TABS	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
pseudoephedrine hcl TABS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine hcl TB12	P	OTC; QL(62 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
SUDAFED CHILDRENS LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED PE CHILDRENS NASAL DECONGESTANT SOLN	P	OTC; QL(120 ml por surtido al por menor)
SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral))	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES - Medicamentos para relajar/paralizar los músculos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos contra la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)		
EXSERVAN FILM	P	SP; PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	P	SP; PA
RADICAVA ORS SUSP	P	SP; PA
RADICAVA SOLN	P	SP; PA
RILUTEK TABS (Use riluzole)	NP	PA
riluzole TABS	P	PA
TEGLUTIK SUSP	P	SP; PA
TIGLUTIK SUSP	P	SP; PA
Medicamentos contra la distrofia muscular		
AMONDYS 45	P	SP; PA
EXONDYS 51	P	SP; PA
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
Medicamentos contra la atrofia muscular espinal (SMA)		
EVRYSDI	P	SP; PA
SPINRAZA	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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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 20.6-21.0 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
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG	P	SP; PA
NUTRIENTES		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ml por surtido al por menor)
POLYCOSE POWD	P	OTC; QL(350 gm por surtido al por menor)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Sustancias nutritivas varias		
<i>omega-3 fatty acids CAPS</i>	P	OTC; QL(6 cada día)
<i>omega-3 fatty acids CPDR</i>	P	QL(6 cada día)
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Lágrimas y lubricantes artificiales		
<i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>white petrolatum-mineral oil</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
Betabloqueadores oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	P	
<i>COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate)</i>	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth))	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth))	NP	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Midriáticos ciclopléjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (<i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i>)	NP	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
CYCLOGYL 2 %	P	
CYCLOGYL (<i>Use cyclopentolate hcl</i>)	NP	
<i>cyclopentolate hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>cyclopentolate hcl 1 %, 2 %</i>	P	
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
ISOPTO ATROPINE SOLN	P	
MYDRIACYL SOLN (<i>Use tropicamide</i>)	NP	
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tropicamide SOLN</i>	P	
Mióticos		
ISOPTO CARPINE SOLN 1 % (<i>Use pilocarpine hcl</i>)	NP	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>	P	
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis		
BEOVU SOLN	P	SP; PA
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3 MG/0.12ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML	P	SP; PA
EYLEA HD SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOSY	P	SP; PA
LUCENTIS SOLN	P	SP; PA
LUCENTIS SOSY	P	SP; PA
SUSVIMO SOLN	P	SP; PA
VABYSMO	P	SP; PA
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
IOPIDINE	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
BACIGUENT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
BLEPH-10 SOLN (<i>Use sulfacetamide sodium (ophth)</i>)	NP	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
CILOXAN OINT	P	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN</i>	P	
ERYTHROMYCIN	P	
<i>erythromycin (ophth)</i>	P	
<i>gentamicin sulfate (ophth) OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN</i>	P	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP</i>	P	QL(3 ml por surtido al por menor)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
OCUFLOX (Use <i>ofloxacin (ophth)</i>)	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ofloxacin (ophth)</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
POLYTRIM (Use <i>polymyxin b-trimethoprim</i>)	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tobramycin (ophth) SOLN</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
TOBREX OINT	P	
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ml cada 30 días de venta al por menor)
VIGAMOX SOLN OP (Use <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>)	NP	QL(3 ml por surtido al por menor)
Descongestionantes oftálmicos		
<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
OPCON-A (Use <i>naphazoline w/ pheniramine</i>)	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %</i>	P	OTC
VISINE RED EYE COMFORT (Use <i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i>)	NP	OTC
Terapia génica oftálmica		
LUXTURNA	P	SP; PA
Anestésicos oftálmicos locales		
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P	
Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica		
VISUDYNE	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Fotoprotectores oftálmicos		
PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA
Esteroides oftálmicos		
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	P	
BLEPHAMIDE SUSP	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	P	
DEXTENZA INST	P	SP; PA
DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA
<i>fluorometholone (ophth) SUSP</i>	P	
FML LIQUIFILM SUSP (Use <i>fluorometholone (ophth)</i>)	NP	
FML OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
ILUVIEN	P	SP; PA
MAXITROL OINT (Use <i>neomycin-polymy-dexameth</i>)	NP	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
MAXITROL SUSP (Use <i>neomycin-polymy-dexameth</i>)	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymy-dexameth OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymy-dexameth SUSP</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
OZURDEX IMPL	P	SP; PA
PRED FORTE (Use <i>prednisolone acetate (ophth)</i>)	NP	
PRED MILD	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
PRED-G SUSP	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREDNISOLONE ACETATE P-F	P	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
RETISERT	P	SP; PA
<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX SUSP (<i>Use tobramycin-dexamethasone</i>)	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
TRIESENCE	P	SP; PA
XIPERE	P	SP; PA
YUTIQ	P	SP; PA
Productos oftálmicos - varios		
ACULAR (<i>Use ketorolac tromethamine (ophth)</i>)	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
ACULAR LS (<i>Use ketorolac tromethamine (ophth)</i>)	NP	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
ALOCRIIL	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
ALOMIDE	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor)
AZOPT (<i>Use brinzolamide</i>)	NP	
<i>brinzolamide</i>	P	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
CYSTADROPS	P	SP; PA
CYSTARAN	P	SP; PA
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	P	QL(3 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dorzolamide hcl</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
DORZOLAMIDE HCL	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>flurbiprofen sodium</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %</i>	P	
TRUSOPT (<i>Use dorzolamide hcl</i>)	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
ZADITOR 0.035 % (<i>Use ketotifen fumarate (ophth)</i>)	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		
<i>latanoprost SOLN</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
LATANOPROST SOLN	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
XALATAN SOLN (<i>Use latanoprost</i>)	NP	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído		
Medicamentos óticos - varios		
<i>acetic acid (otic)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>carbamide peroxide (otic) 6.5 %</i>	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (<i>Use carbamide peroxide (otic)</i>)	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
<i>ofloxacin (otic)</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
CIPRODEX (<i>Use ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	NP	Suministro máx. de 1 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; QL(7.5 ml por surtido al por menor)
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; QL(7.5 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP</i>	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides óticos		
<i>DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))</i>	NP	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	P	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>HYDROCORTISONE/ACETIC ACID (Use hydrocortisone w/acetic acid)</i>	NP	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		
Oxitócicos		
<i>methylergonovine maleate TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia		
Sueros inmunitarios		
<i>BIVIGAM SOLN 10 %</i>	P	SP; PA
<i>BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>CUTAQUIG</i>	P	SP; PA
<i>CUVITRU SOLN</i>	P	SP; PA
<i>CYTOGAM</i>	P	SP; PA
<i>FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>FLEBOGAMMA DIF SOLN</i>	P	SP; PA
<i>GAMASTAN</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAGARD LIQUID</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>GAMMAPLEX SOLN</i>	P	SP; PA
<i>GAMUNEX-C</i>	P	SP; PA
<i>HEPAGAM B SOLN IJ</i>	P	SP; PA
<i>HIZENTRA SOLN</i>	P	SP; PA
<i>HIZENTRA SOSY</i>	P	SP; PA
<i>HYPERHEP B SOLN IM</i>	P	SP; PA
<i>HYPERRHO S/D MINI-DOSE SOSY IM</i>	P	SP; PA
<i>HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT</i>	P	SP
<i>MICRHOGAM ULTRA-FILTEREDPLUS SOSY IM</i>	P	SP; PA
<i>NABI-HB SOLN IM</i>	P	SP; PA
<i>OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>OCTAGAM SOLN</i>	P	SP; PA
<i>PANZYGA</i>	P	SP; PA
<i>PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML</i>	P	SP; PA
<i>PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM</i>	P	SP
<i>RHOPHYLAC SOSY IJ</i>	P	SP; PA
<i>WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML</i>	P	SP; PA
<i>XEMBIFY</i>	P	SP; PA
Anticuerpos monoclonales		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
ZINPLAVA	P	SP; PA
Medicamentos inmunizantes pasivos - 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	
AMOXICILLIN SUSR (Use <i>amoxicillin</i>)	NP	
<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 penicilinas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
Medicamentos e ingredientes internos		
SIMPLYTHICK	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 años); PA
SIMPLYTHICK EASY MIX	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 años); PA
SIMPLYTHICK EASYMIX	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 años); PA
Excipientes líquidos		
FLAVOR BLEND SUSP	P	RX/OTC
FLAVOR PLUS LIQD	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
MX-SOL BLEND SUSP	P	RX/OTC
MX-SOL SF SYRP	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 FLAVORED SUSPENDING VEHICLE SUSP	P	RX/OTC
ORAL MIX SF SUSP	P	RX/OTC
ORAL SUSPEND LIQD	P	RX/OTC
ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SF SYRP	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYDROUS SWEETENED LIQD	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYDROUS UNSWEETENED 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
PH 12 STERILE DILUENT FORFLOLAN	P	SP; PA
SOSWEET SYRP	P	RX/OTC
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent)	NP	SP; PA
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/SWEETENED SUSP	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/UNSWEETENED SUSP	P	RX/OTC
SUSPENSION VEHICLE SUSP	P	RX/OTC
SYRPALTA SYRP 83 %	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
Excipientes semisólidos		
lanolin XX	P	
LANOLIN XX	P	
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/ modificación hormonal		
Progestinas		
AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate)	NP	
hydroxyprogesterone caproate OIL	P	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate)	NP	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA SOAJ	P	SP; PA
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG	P	
norethindrone acetate TABS	P	
progesterone CAPS 200 MG	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>progesterone CAPS 100 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
<i>PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone)</i>	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
<i>PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone)</i>	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>PROVERA (Use medroxyprogesterone acetate)</i>	NP	

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales

Medicamentos contra la dependencia química		
<i>disulfiram 250 MG</i>	P	
Medicamentos anticatapléjicos		
<i>SODIUM OXYBATE SOLN</i>	P	SP; PA
<i>XYREM SOLN</i>	P	SP; PA
<i>XYWAV</i>	P	SP; PA
Medicamentos contra la demencia		
<i>ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
<i>galantamine hydrobromide CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>galantamine hydrobromide SOLN</i>	P	QL(6 ml al día)
<i>galantamine hydrobromide TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>memantine hcl SOLN</i>	P	QL(2 ml al día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	Cantidad limitada de 1 paquete de venta al por menor; cantidad limitada de 28 días de paquetes de venta al por menor; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl)</i>	NP	Cantidad limitada de 1 paquete de venta al por menor; cantidad limitada de 28 días de paquetes de venta al por menor; PA
<i>NAMENDA TABS (Use memantine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día); PA
<i>RAZADYNE ER CP24 (Use galantamine hydrobromide)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>rivastigmine tartrate CAPS</i>	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
<i>SAVELLA TITRATION PACK MISC</i>	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
<i>SAVELLA TABS</i>	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
<i>tetrabenazine</i>	P	SP; PA
<i>XENAZINE (Use tetrabenazine)</i>	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
<i>AMPYRA (Use dalfampridine)</i>	NP	SP; PA
<i>AUBAGIO (Use teriflunomide)</i>	NP	QL(1 cada día); SP
<i>AVONEX PEN AJKT</i>	P	SP; PA
<i>AVONEX PSKT</i>	P	SP; PA
<i>BAFIERTAM</i>	P	SP; PA
<i>COPAXONE SOSY (Use 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>EXTAVIA KIT</i>	P	SP; PA
<i>fingolimod hcl</i>	P	QL(1 cada día); SP

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GILENYA (Use <i> fingolimod hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
GILENYA 0.5 MG	P	QL(1 cada día); SP
<i> glatiramer acetate SOSY</i>	P	SP
KESIMPTA	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOPN	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC	P	SP; PA
PLEGRIDY SOPN	P	SP; PA
PLEGRIDY SOSY IM	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE TITRATIONPACK SOAJ	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE SOAJ	P	SP; PA
REBIF TITRATION PACK SOSY	P	SP; PA
REBIF SOSY	P	SP; PA
TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use <i> dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (Use <i> dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
<i> teriflunomide</i>	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i> bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (Use <i> nicotine</i>)	NP	QL(1 cada día)
NICORETTE MINI LOZG (Use <i> nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use <i> nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE GUM (Use <i> nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE LOZG (Use <i> nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i> nicotine polacrilex GUM</i>	P	QL(24 cada día)
<i> nicotine polacrilex LOZG</i>	P	QL(20 cada día)
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	P	
<i> nicotine MISC XX</i>	P	QL(1 cada día)
<i> nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día)
NICOTROL INHALER INHA	P	QL(16.8 cada día)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ml al día)
<i> varenicline tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i> varenicline tartrate TBPk</i>	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA
TEGSEDI	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares		
Inhibidor de la alfa-proteinasa (humano)		
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	P	SP; PA
GLASSIA SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLN	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 1000 MG	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	P	PA
Medicamentos contra la fibrosis quística		
BRONCHITOL	P	SP; PA
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	P	SP; PA
KALYDECO PACK 5.8 MG	P	SP
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KALYDECO TABS	P	SP; PA
ORKAMBI PACK	P	SP; PA
ORKAMBI TABS	P	SP; PA
PULMOZYME	P	SP; PA
SYMDEKO	P	SP; PA
TRIKAFTA TBPK	P	QL(3 cada día); SP; PA
Medicamentos contra la fibrosis pulmonar		
ESBRIET CAPS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
ESBRIET TABS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
OFEV	P	SP; PA
<i>pirfenidone CAPS</i>	P	SP; PA
<i>pirfenidone TABS</i>	P	SP; PA
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclinas		
ACTICLATE TABS (<i>Use doxycycline hyclate</i>)	NF	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P	
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P	
<i>tetracycline hcl CAPS 500 MG</i>	P	
VIBRAMYCIN CAPS (<i>Use doxycycline hyclate</i>)	NP	
MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas		
Medicamentos antitiroideos		
<i>methimazole TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>propylthiouracil</i>	P	
Hormonas tiroideas		
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
ARMOUR THYROID TABS	P	
CYTOMEL TABS (<i>Use liothyronine sodium</i>)	NP	
<i>levothyroxine sodium TABS</i>	P	
<i>liothyronine sodium TABS</i>	P	
NIVA THYROID TABS	P	
NP THYROID 120 TABS	P	
NP THYROID 15 TABS	P	
NP THYROID 30 TABS	P	
NP THYROID 60 TABS	P	
NP THYROID 90 TABS	P	
SYNTHROID TABS (<i>Use levothyroxine sodium</i>)	P	
THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
TOXOIDES		
Combinaciones de toxoides		
ADACEL SUSP	P	
BOOSTRIX SUSP	P	
BOOSTRIX SUSY	P	
DAPTACEL	P	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P	
INFANRIX	P	
KINRIX SUSY	P	
PEDIARIX SUSY	P	
PENTACEL	P	
QUADRACEL SUSP	P	
QUADRACEL SUSY	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TDVAX SUSP	P	
TENIVAC INJ	P	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP	P	
VAXELIS SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P	
MEDICAMENTOS CONTRA LA ÚLCERA -		
Medicamentos para el tratamiento de enfermedades intestinales y estomacales		
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl CAPS</i>	P	
<i>dicyclomine hcl SOLN OR</i>	P	QL(496 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dicyclomine hcl TABS</i>	P	
<i>glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	P	
HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
<i>hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	P	
LEVBID TB12 (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	
ROBINUL FORTE TABS (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
ROBINUL TABS (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
Antagonistas H-2		
<i>cimetidine hcl OR 300 MG/5ML, 400 MG/6.67ML</i>	P	
<i>cimetidine TABS</i>	P	RX/OTC
<i>famotidine SUSR</i>	P	
<i>famotidine TABS 10 MG</i>	P	OTC
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC
PEPCID AC TABS 10 MG (Use <i>famotidine</i>)	NP	OTC
PEPCID AC TABS 20 MG (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC
PEPCID TABS (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC
TAGAMET HB 200 TABS (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC
TAGAMET HB TABS (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC
Medicamentos antiulcerosos - varios		
CARAFATE SUSP (Use <i>sucralfate</i>)	NP	QL(420 ml por surtido al por menor)
CARAFATE TABS (Use <i>sucralfate</i>)	NP	
<i>sucralfate SUSP</i>	P	QL(420 ml por surtido al por menor)
<i>sucralfate TABS</i>	P	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXILANT (Use <i>dexlansoprazole</i>)	NP	ST
<i>dexlansoprazole</i>	P	ST

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>esomeprazole magnesium CPDR 20 MG</i>	P	QL(2 cada día); RX/OTC
<i>lansoprazole CPDR 30 MG</i>	P	
<i>lansoprazole CPDR 15 MG</i>	P	QL(4 cada día); RX/OTC
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
NEXIUM 24HR CPDR (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
NEXIUM CPDR 20 MG (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 cada día); OTC
<i>omeprazole magnesium TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>omeprazole CPDR</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pantoprazole sodium TBEC 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
PREVACID 24HR CPDR (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	QL(4 cada día); RX/OTC
PREVACID CPDR 30 MG (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	
PRILOSEC OTC TBEC (Use <i>omeprazole magnesium</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
PROTONIX TBEC 40 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)
PROTONIX TBEC 20 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
VOQUEZNA	NP	
Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas		
CYTOTEC (Use <i>misoprostol</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>misoprostol</i>	P	
Combinaciones terapéuticas antiulcerosas		
<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máx. de 14 días de venta al por menor; límite de 365 días de venta al por menor
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga		
Antiespasmódicos urinarios – Estimuscarínicos (anticolinérgicos)		
DETROL LA CP24 (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)
DETROL TABS (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día)
DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use <i>oxybutynin chloride</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>tropium chloride TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Antiespasmódicos urinarios - agonistas colinérgicos		
<i>bethanechol chloride</i>	P	
Antiespasmódicos urinarios - relajantes musculares directos		
<i>flavoxate hcl</i>	P	
VACUNAS		
Vacunas bacterianas		
ACTHIB SOLR IM	P	
BCG VACCINE	P	
BEXSERO	P	
BIOTHRAX	P	
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENACTRA	P	
MENQUADFI	P	
MENVEO SOLN	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23	P	
PNEUMOVAX 23/1 DOSE	P	
PREVNAR 13	P	
PREVNAR 20	P	
TRUMENBA	P	
TYPHIM VI SOLN	P	
TYPHIM VI SOSY	P	
VAXCHORA	P	
VAXNEUVANCE	P	
VIVOTIF	P	
Vacunas derivadas de virus		
ABRYSVO	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
ACAM2000	P	
AREXVY	P	Suministro máx. de 1 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
COMIRNATY 2023-24 SUSP	P	
COMIRNATY 2023-24 SUSY	P	
COMIRNATY SUSP	P	
DENGVAXIA	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
ENGERIX-B SUSY	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
GARDASIL 9 SUSP	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GARDASIL 9 SUSY	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)
HAVRIX	P	
HEPLISAV-B SOSY	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	P	
IPOL INACTIVATED IPV	P	
IXIARO	P	
JANSSEN COVID-19 VACCINE	P	
JYNNEOS	P	
M-M-R II SOLR	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE,BIVALENT ORIGINAL AND OMICRON	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6MO-5Y	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE6-11Y SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/5-11Y	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6 M-4Y	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/B A.4/BA.5	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE SUSP	P	
PREHEVBRIO	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
PRIORIX SUSR	P	
PROQUAD SUSR	P	
RBAVERT	P	
RECOMBIVAX HB SUSP	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
ROTARIX SUSP	P	
ROTARIX SUSR	P	
ROTATEQ SOLN	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SHINGRIX	P	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP	P	
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSY	P	
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
STAMARIL SUSR	P	
TICOVAC	P	
TWINRIX SUSY	P	
VAQTA	P	
VARIVAX INJ	P	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
YF-VAX INJ	P	
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
Antiinfecciosos vaginales		
CLEOCIN CREA (<i>Use clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>	P	
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	
MONISTAT 3 CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<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 surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use <i>hydrocortisone vaginal</i>)	NP	QL(454 gm por surtido al por menor)
Estrógenos vaginales		
ESTRACE CREA (Use <i>estradiol vaginal</i>)	NP	QL(43 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>estradiol vaginal CREA</i>	P	QL(43 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>estradiol vaginal TABS</i>	P	
PREMARIN	P	QL(43 gm por surtido al por menor)
VAGIFEM TABS (Use <i>estradiol vaginal</i>)	NP	
VASOPRESORES - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades cardíacas y circulatorias		
Medicamentos para el tratamiento de la anafilaxia		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	NP	Suministro máx. de 4 de venta al por menor; suministro de 365 días de venta al por menor; QL(2 por surtido al por menor)
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>	NP	
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>	P	QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ</i>	P	Suministro máx. de 4 de venta al por menor; suministro de 365 días de venta al por menor; QL(2 por surtido al por menor)
EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>)	NP	Suministro máx. de 4 de venta al por menor; suministro de 365 días de venta al por menor; QL(2 por surtido al por menor)
EPIPEN-JR 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>)	NP	Suministro máx. de 4 de venta al por menor; suministro de 365 días de venta al por menor; QL(2 por surtido al por menor)
Medicamentos para la hipotensión ortostática neurogénica (NOH)		
<i>droxidopa</i>	P	SP; PA
NORTHERA (Use <i>droxidopa</i>)	NP	SP; PA
Vasopresores		
<i>midodrine hcl</i>	P	
VITAMINAS		
Vitaminas solubles en aceite		
BABY DDROPS LIQD OR (Use <i>cholecalciferol</i>)	NP	Límite de edad = menos de 6 meses
<i>cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1.25 MG, 50000 UNIT</i>	P	OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)
<i>cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>cholecalciferol CAPS 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT</i>	P	OTC; QL(100 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cholecalciferol LIQD OR 400 UT/0.028ML</i>	P	Límite de edad = menos de 6 meses
<i>cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>	P	
<i>DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol)</i>	NP	
<i>D-VI-SOL LIQD OR (Use cholecalciferol)</i>	NP	
<i>ergocalciferol CAPS</i>	P	
<i>ergocalciferol SOLN OR</i>	P	
<i>KEY-E CHEW</i>	P	QL(2 cada día)
<i>MEPHYTON TABS (Use phytonadione)</i>	NP	
<i>phytonadione TABS 5 MG</i>	P	
<i>VITAMIN D3 LIQD OR 5000 UNIT/ML</i>	P	Límite de edad = 6 meses a 1 año
<i>vitamin e CAPS 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT</i>	P	QL(2 cada día)
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>VITAMIN E CAPS 200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>VITAMIN E CHEW</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
Vitaminas solubles en agua		
<i>ascorbic acid TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>B-1 TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>NIACIN TR TBCR</i>	P	OTC
<i>niacin CPCR 250 MG, 500 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>riboflavin TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>SLO-NIACIN TBCR (Use niacin)</i>	NP	OTC
<i>thiamine hcl TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>thiamine mononitrate TABS 100 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de mayo de 2024

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

ÍNDICE		MG	_____	5	ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth))	_____	88	
abacavir sulfate SOLN	_____	37	acetaminophen SUSP 80 MG/2.5ML,	_____	5	acyclovir CAPS	_____	40
abacavir sulfate TABS	_____	37	160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML	_____	5	acyclovir SUSP	_____	40
abacavir sulfate-lamivudine	_____	37	acetaminophen TABS 325 MG, 500	_____	5	acyclovir TABS OR 400 MG	_____	40
ABECMA	_____	31	MG	_____	5	acyclovir TABS OR 800 MG	_____	40
ABILIFY MAINTENA PRSY	_____	37	acetaminophen w/ codeine SOLN	_____	7	acyclovir TABS OR 800 MG	_____	40
ABILIFY MAINTENA SRER	_____	37	acetaminophen w/ codeine TABS 15	_____	15	acyclovir topical CREA	_____	51
ABILIFY MYCITE	_____	37	MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60	_____	7	acyclovir topical OINT	_____	51
ABILIFY TABS (Use aripiprazole)	_____	37	MG-300 MG	_____	7	ADACEL SUSP	_____	94
abiraterone acetate	_____	31	acetazolamide CP12	_____	57	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	_____	3
ABRAXANE	_____	34	acetazolamide TABS	_____	58	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	_____	3
ABRYSVO	_____	97	acetic acid (otic)	_____	88	ADALIMUMAB-ADBAM AJKT	_____	3
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin)	_____	48	acetylcysteine SOLN	_____	48	ADALIMUMAB-ADBAM		
ACAM2000	_____	97	ACNE MEDICATION 10 LOTN	_____	48	CROHNS/UC/HS STARTER AJKT	_____	3
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRP	_____	56	ACNE MEDICATION 5 LOTN	_____	48	ADALIMUMAB-ADBAM PSKT	_____	3
ACUPRIL (Use quinapril hcl)	_____	24	ACTEMRA ACTPEN SOAJ	_____	3	ADALIMUMAB-ADBAM		
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	_____	25	ACTEMRA SOLN	_____	3	PSORIASIS/UVEITIS STARTER		
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	_____	25	ACTEMRA SOSY	_____	3	AJKT	_____	3
ACCURETIC 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	_____	25	ACTHIB SOLR IM	_____	96	ADALIMUMAB-FKJP AJKT	_____	3
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	_____	71	ACTICLATE TABS (Use doxycycline hyclate)	_____	94	ADALIMUMAB-FKJP PSKT	_____	3
acebutolol hcl CAPS	_____	41	ACTIMMUNE	_____	34	ADAPTER PED DISPOSABLE		
acetaminophen CHEW	_____	5	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG	_____	61	ADBPY	_____	53
acetaminophen ELIX	_____	5	(Use estradiol & norethindrone acetate)	_____	61	ADCETRIS	_____	30
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .5	_____	5	ACTIVITY POUCH MISC	_____	71	ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension))	_____	43
acetaminophen SOLN OR 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	_____	5	ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium)	_____	58	ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) .1		
acetaminophen SUPP 120 MG, 650			ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15	_____	17	ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) .1		
			ACTOS (Use pioglitazone hcl)	_____	20	ADEMPAS	_____	43
			ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth))	_____	88	ADMELOG SOLN IJ	_____	19
						ADMELOG SOLOSTAR SOPN	_____	19

ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal)) _____	84	AIRZONE PEAK FLOW METER .	71	FUNCTION FILTER MISC _____	71
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG_____	94	albuterol sulfate AERS_____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____	22
ADULT AEROSOL MASK MISC ___	71	albuterol sulfate NEBU 0.083 % ___	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____	22
ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC _____	71	albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML _____	11	allopurinol _____	63
ADULT MASK LARGE MISC _____	71	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML_____	11	ALOCRIL _____	88
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____	11	ALBUTEROL SULFATE NEBU ___	11	alogliptin benzoate _____	19
ADVATE _____	64	albuterol sulfate SYRP_____	11	alogliptin-metformin hcl_____	17
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen)_____	46	albuterol sulfate TABS _____	11	alogliptin-pioglitazone _____	17
ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____	4	ALCOHOL PREP PADS-MISC ___	70	ALOMIDE _____	88
ADVIN COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56	ALDACTAZIDE (Use spironolactone & hydrochlorothiazide)_____	58	ALORA PTTW _____	61
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM _____	70	ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____	58	ALPHANATE SOLR _____	64
ADYNOVATE _____	64	ALDURAZYME _____	60	ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____	64
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC_____	71	ALECENSA _____	32	alprazolam TABS _____	9
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC _____	71	alendronate sodium SOLN _____	58	ALPROLIX _____	64
AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC_____	71	alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG_____	58	ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril)_____	24
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC _____	71	alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG_____	58	ALTRIXA TABS _____	80
AEROTRACH PLUS MISC _____	71	ALEVE ARTHRITIS TABS (Use naproxen sodium) _____	4	alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____	8
AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____	32	ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____	4	alum & mag hydrox-simethicone SUSP _____	8
AFINITOR TABS (Use everolimus) _____	32	ALFERON N _____	34	ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML _____	8
AFSTYLA _____	64	ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium)_____	29	ALUNBRIG TABS_____	32
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC_____	71	ALIQOPA_____	32	ALUNBRIG TBPK_____	32
		ALKERAN (Use melphalan hcl) ___	29	amantadine hcl CAPS_____	35
		ALKERAN (Use melphalan) _____	29	amantadine hcl SOLN_____	35
		ALL FLOW 1000 PULMONARY		AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)_____	20
				AMARYL 4 MG (Use glimepiride)_	20

AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 90	ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8
ambrisentan _____	43	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____	4
AMERGE (Use naratriptan hcl) ____	75	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	anastrozole _____	31
AMICAR SOLN OR (Use aminocaproic acid) _____	66	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	ANDEXXA 200 MG _____	21
AMICAR TABS 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____	66	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG . 90	ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____	21
AMICAR TABS 500 MG (Use aminocaproic acid) _____	66	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____	8
amiloride & hydrochlorothiazide ____	58	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	APLIGRAF DISK _____	55
amiloride hcl TABS _____	58	amoxicillin & pot clavulanate TB12 _____	APOKYN SOCT _____	35
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	66	amoxicillin CAPS _____	apomorphine hydrochloride SOCT _____	35
aminocaproic acid SOLN OR 0.25 GM/ML _____	66	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . 90	APO-VARENICLINE TABS _____	93
aminocaproic acid TABS 1000 MG . 66		AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____	apraclonidine hcl _____	86
aminocaproic acid TABS 500 MG . 66		amoxicillin SUSR _____	APRISO CP24 (Use mesalamine) . 62	
amiodarone hcl TABS 200 MG ____	10	amoxicillin TABS 875 MG _____	APTIVUS CAPS _____	37
amitriptyline hcl TABS _____	17	amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____	AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16" _____	70
AMLADEX TABS _____	80	amphetamine-dextroamphetamine CP24 1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG, 2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG, 3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG, 5 MG-5 MG-5 MG-5 MG, 6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG, 7.5 MG-7.5 MG-7.5 MG _____	AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32" _____	70
amlodipine besylate TABS _____	41	amphetamine-dextroamphetamine TABS _____	AQUORAL SOLN _____	79
amlodipine besylate-benazepril hcl . 25		ampicillin CAPS 500 MG _____	ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	93
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____	25	AMPYRA (Use dalfampridine) ____	ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML _____	65
amlodipine besylate-valsartan ____	25	ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____	ARANESP ALBUMIN FREE SOSY . 65	
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide _____	25		ARAVA (Use leflunomide) _____	5
AMNIOTIC MEMBRANE			ARCALYST _____	3
ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET . 55			ARESTIN _____	79
AMONDYS 45 _____	84		AREXVY _____	97
amoxapine _____	17			

ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) _____	92	NEEDLES 31G X 5MM _____	70	NEEDLE/31GX5MM _____	70
ARIKAYCE _____	2	ASSURE ID PRO SAFETY PENNEEDLES 30G X 5MM _____	70	AUM PEN NEEDLE/32GX4MM _____	70
ARIMIDEX (Use anastrozole) _____	31	ATACAND (Use candesartan cilexetil) _____	25	AUM PEN NEEDLE/32GX6MM _____	70
aripiprazole SOLN OR _____	37	ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____	25	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____	99
aripiprazole TABS _____	37	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG _____	37	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML _____	99
aripiprazole TBP _____	37	atazanavir sulfate CAPS 300 MG _____	37	AVALIDE (Use irbesartan-hydrochlorothiazide) _____	25
ARISTADA _____	37	ATELVIA TBEC (Use risedronate sodium) _____	58	AVAPRO (Use irbesartan) _____	25
ARISTADA INITIO _____	37	atenolol & chlorthalidone _____	25	AVEED SOLN _____	8
ARIXTRA (Use fondaparinux sodium) _____	11	atenolol TABS _____	41	AVONEX PEN AJKT _____	92
ARMOUR THYROID TABS _____	94	ATGAM _____	78	AVONEX PSKT _____	92
ARNUITY ELLIPTA _____	10	ATIVAN TABS (Use lorazepam) _____	9	AVSOLA _____	62
AROMASIN (Use exemestane) _____	31	atomoxetine hcl _____	1	AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate) _____	91
arsenic trioxide _____	34	atorvastatin calcium TABS _____	24	AYVAKIT _____	32
ARZERRA _____	30	atropine sulfate (ophthalmic) OINT _____	86	azacitidine SUSR _____	29
ASACOL HD TBEC (Use mesalamine) _____	62	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN _____	86	azathioprine TABS 50 MG _____	78
ascorbic acid TABS _____	100	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic)) _____	86	azathioprine TABS 75 MG, 100 MG _____	78
ASMANEX HFA AERO _____	10	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % _____	86	AZEDRA DOSIMETRIC _____	34
ASPARLAS _____	34	ATROVENT HFA _____	10	AZEDRA THERAPEUTIC _____	34
aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide) _____	5	AUBAGIO (Use teriflunomide) _____	92	azelastine hcl (ophth) _____	88
aspirin CHEW _____	5	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	90	azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	83
ASPIRIN SUPP 300 MG _____	5	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML _____	90	azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	83
aspirin TABS 325 MG _____	6	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	90	azithromycin PACK _____	68
aspirin TBEC 81 MG, 325 MG _____	6	AUM INSULIN SAFETY PEN _____		azithromycin SUSR 100 MG/5ML _____	68
ASSESS PEAK FLOW METER FULL RANGE _____	71			azithromycin SUSR 200 MG/5ML _____	68
ASSESS PEAK FLOW METER LOW RANGE _____	71			azithromycin TABS 250 MG _____	68
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN _____				azithromycin TABS 500 MG _____	68
				azithromycin TABS 600 MG _____	68

AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	63	BCG VACCINE _____	96	BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)___	25
AZOPT (Use brinzolamide) _____	88	b-complex vitamins CAPS _____	80	BENLYSTA SOAJ _____	79
AZOR (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____	25	b-complex vitamins TABS _____	80	BENLYSTA SOLR _____	79
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____	62	b-complex w/ c & folic acid CAPS .	80	BENLYSTA SOSY _____	79
AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____	62	b-complex w/ c & folic acid TABS	80	BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____	48
b complex w/ c CAPS _____	80	BD GLUCOSE CHEW _____	18	BENZNIDAZOLE _____	9
B-1 TABS _____	100	BD PEN NEEDLES _____	70	benzonatate 100 MG _____	46
BABY DDROPS LIQD OR (Use cholecalciferol) _____	99	BD VERITOR AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____	56	benzonatate 200 MG _____	46
BACIGUENT _____	86	BELBUCA FILM _____	7	benzoyl peroxide BAR _____	48
bacitracin (ophthalmic) _____	86	BELEODAQ _____	32	benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 % _____	49
bacitracin (topical) OINT _____	49	BELRAPZO SOLN _____	29	benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 % _____	49
bacitracin zinc OINT _____	49	BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____	22	benztropine mesylate TABS _____	35
bacitracin-polymyxin b (ophth) _____	86	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl)___	22	BEOVU SOLN _____	86
baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	82	BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS _____	22	BERINERT KIT _____	64
baclofen TABS 10 MG, 20 MG _____	82	BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____	22	BESPONSA _____	30
BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	27	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABs (Use diphenhydramine hcl) .	22	BESREMI _____	34
BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	27	benazepril & hydrochlorothiazide .	25	betaine _____	60
BAFIERTAM _____	92	benazepril hcl 40 MG _____	24	betamethasone dipropionate (topical) CREA _____	51
balsalazide disodium CAPS _____	62	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG .	24	betamethasone dipropionate augmented CREA _____	51
BALVERSA _____	32	bendamustine hcl SOLR _____	29	betamethasone valerate CREA _____	52
BANZEL SUSP (Use rufinamide) .	12	BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN _____	29	betamethasone valerate LOTN_____	52
BANZEL TABS (Use rufinamide) _____	12	BENDEKA SOLN _____	29	betamethasone valerate OINT _____	52
BAVENCIO _____	30	BENEFIX KIT _____	64	BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/afll)) _____	41
		BENICAR (Use olmesartan medoxomil) _____	25	BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) _____	41
				betaxolol hcl (ophth) SOLN _____	85

bethanechol chloride _____	96	BLNREP _____	30	brinzolamide _____	88
BETHKIS NEBU (Use tobramycin) . 2		BLEPH-10 SOLN (Use sulfacetamide sodium (ophth)) _____	86	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML _	12
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML .	86	BLEPHAMIDE S.O.P. OINT _____	87	bromocriptine mesylate CAPS ____	35
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3 MG/0.12ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML _____	86	BLEPHAMIDE SUSP _____	87	bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG _____	35
bexarotene (topical) _____	50	BLINCYTO _____	30	brompheniramine & phenyleph ELIX .	46
bexarotene _____	34	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS333 STRP _____	56	brompheniramine & pseudoeph ELIX	46
BEXSERO _____	96	BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	56	brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML _____	46
bicalutamide _____	31	BOOSTRIX SUSP _____	94	BRONCHITOL _____	93
BIKTARVY _____	37	BOOSTRIX SUSY _____	94	BRONCHITOL TOLERANCE TEST .	93
BI-MIX SOLR _____	42	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG _____	32	BRUKINSA _____	32
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT _____	56	bortezomib SOLR IJ _____	32	BUBBLES THE FISH II PEDIATRIC MASK/PVC MISC _____	72
BIOLYTE SOLN _____	77	bosentan TABS _____	43	budesonide (inhalation) SUSP ____	10
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	69	BOSULIF TABS _____	32	budesonide-formoterol fumarate dihydrate _____	11
BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SPRAY SOLN _	79	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR _____	82	BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6
BIOTHRAX _____	96	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN _____	82	bumetanide TABS _____	58
bisacodyl SUPP _____	68	BRAFTOVI 75 MG _____	32	BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide) _____	58
bisacodyl TBEC _____	68	BREATHE EASE NEBULIZER MASK/CHILD MISC _____	71	BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate) _____	60
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	20	BREATHE EASE NEBULIZER MASK/INFANT MISC _____	72	BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate) _____	60
bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML _____	20	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	72	BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl) _____	7
bisoprolol & hydrochlorothiazide _	26	BREYANZI _____	31	buprenorphine hcl FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 750 MCG, 900 MCG _____	7
bisoprolol fumarate _____	41	BRIDION _____	21	buprenorphine hcl SOLN _____	7
BIVIGAM SOLN 10 % _____	89	BRILINTA _____	65		
BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML _____	89	brimonidine tartrate 0.2 % _____	86		
		BRINEURA _____	60		

buprenorphine hcl SUBL _____	8	BYLVAY CAPS _____	62	UNIT _____	76
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____	7	CABLIVI _____	65	calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT _____	76
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG _____	7	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG 32		calcium polycarbophil TABS _____	67
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL _____	7	CABOMETYX TABS 40 MG _____	32	CALQUENCE _____	32
bupropion hcl (smoking deterrent)	93	CAFECIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use caffeine citrate) _____	1	CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) .	76
bupropion hcl TABS _____	15	CAFERGOT TABS (Use ergotamine w/ caffeine) _____	75	CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate- cholecalciferol) _____	76
bupropion hcl TB12 100 MG _____	15	caffeine citrate SOLN OR _____	1	CAMCEVI _____	31
bupropion hcl TB12 150 MG _____	15	CAFFEINE CITRATED POWD _____	1	camphor & menthol LOTN _____	50
bupropion hcl TB12 200 MG _____	15	CALAN SR TBCR (Use verapamil hcl) _____	41	CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl) 35	
bupropion hcl TB24 150 MG _____	15	calcipotriene CREA _____	50	CAMZYOS _____	42
bupropion hcl TB24 300 MG _____	15	calcipotriene SOLN _____	51	candesartan cilexetil _____	25
bupirone hcl 15 MG _____	9	calcitonin (salmon) IJ _____	58	candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide _____	26
bupirone hcl 5 MG, 10 MG _____	9	calcitonin (salmon) NA _____	58	capecitabine _____	29
bupirone hcl 7.5 MG, 30 MG _____	9	calcitriol CAPS _____	60	CAPHOSOL SOLN _____	80
butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG _____	5	CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABs _____	76	CAPRELSA _____	32
butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG _____	5	calcium acetate (phosphate binder) CAPS _____	63	capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % 53	
butalbital-acetaminophen-caffeine TABs 40 MG-50 MG-325 MG _____	5	calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG _____	8	capsaicin CREA 0.1 % _____	53
butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG _____	7	calcium carbonate-cholecalciferol TABs 10 MCG-600 MG, 20 MCG- 600 MG, 400 UNIT-600 MG, 400 UNIT-800 UNIT-600 MG-600 MG, 800 UNIT-600 MG _____	76	captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG- 25 MG _____	26
butalbital-aspirin-caffeine CAPS _____	5	calcium carbonate-cholecalciferol TABs 200 UNIT-200 UNIT-500 MG- 500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG- 500 MG, 500 MG-5 MCG _____	76	captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG _____	26
butalbital-aspirin-caffeine w/cod _____	7	calcium carbonate-cholecalciferol TABs 200 UNIT-200 UNIT-500 MG- 500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG- 500 MG, 500 MG-5 MCG _____	76	captopril _____	24
BYDUREON BCISE AUIJ _____	19	calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125		CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____	53
BYETTA SOPN 10 MCG/0.04ML .	19			CAPZASIN-P CREA _____	53
BYETTA SOPN 5 MCG/0.02ML _____	19			CARAC CREA (Use fluorouracil	
BYLVAY (PELLETS) CPSP _____	62				

(topical) _____	50	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE/6FT MISC _____	72	cefadroxil TABS _____	43
CARAFATE SUSP (Use sucralfate) . 95		CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____	72	cefdinir CAPS _____	43
CARAFATE TABS (Use sucralfate) . 95		CARETOUCH CPAP NEUTRALIZING PRE-WASH MISC . 72		cefdinir SUSR _____	43
CARBAGLU (Use carglumic acid) 60		CARETOUCH CPAP TUBE		cefixime CAPS _____	43
carbamazepine CHEW _____	12	CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC _____	72	cefprozil SUSR _____	43
carbamazepine SUSP _____	12	CARETOUCH UNIVERSAL CPAPFILTERS MISC _____	72	cefprozil TABS _____	43
carbamazepine TABS _____	12	carglumic acid _____	60	ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____	44
carbamazepine TB12 _____	12	CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) . 60		cefuroxime axetil TABS _____	43
carbamide peroxide (otic) 6.5 % __	88	CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____	60	CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	15
carbidopa _____	35	CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____	60	CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	15
carbidopa-levodopa TABS _____	35	carteolol hcl (ophth) _____	85	CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	15
carbidopa-levodopa TBCR _____	35	carvedilol 25 MG _____	40	CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil) _____	78
carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML _____	29	carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____	40	CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil) _____	78
CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____	41	CARVYKTI _____	31	CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil) _____	78
CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____	41	CASODEX (Use bicalutamide) ____	31	CENTANY OINT _____	49
CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _____	41	CASTIVA WARMING LOTN _____	53	cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG . 43	
CARDURA (Use doxazosin mesylate) _____	25	CAYSTON _____	28	cephalexin SUSR _____	43
CARESENS N BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _	56	cefaclor CAPS _____	43	CEPROTIN _____	64
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56	cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	43	CERALYTE 70 SOLN _____	77
CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____	72	cefadroxil CAPS _____	43	CERASPORT EX1 SOLN _____	77
CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	56	cefadroxil SUSR _____	43	CERASPORT SOLN _____	77
				CERDELGA _____	65
				CEREZYME 400 UNIT _____	65
				cetirizine hcl CHEW _____	22
				cetirizine hcl SOLN OR _____	22

cetirizine hcl SYRP OR _____	22	cholecalciferol CAPS 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT ____	99	CISPLATIN SOLR _____	29
cetirizine hcl TABS _____	22	cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____	100	citalopram hydrobromide SOLN ____	15
cetirizine-pseudoephedrine _____	46	cholecalciferol LIQD OR 400 UT/0.028ML _____	100	citalopram hydrobromide TABS 10 MG _____	15
cetorelix acetate _____	59	cholestyramine light PACK _____	23	citalopram hydrobromide TABS 20 MG _____	15
CETROTIDE 0.25 MG _____	59	cholestyramine light POWD _____	23	citalopram hydrobromide TABS 40 MG _____	15
CHEMET _____	21	cholestyramine PACK _____	23	cladribine 10 MG/10ML _____	29
CHEMSTRIP-K STRP _____	56	cholestyramine POWD _____	23	clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	68
CHENODAL _____	62	CHORIONIC GONADOTROPIN IM	59	clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	68
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	CIBINQO _____	53	clarithromycin TABS _____	68
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	cilostazol _____	65	clarithromycin TB24 _____	68
chlordiazepoxide hcl CAPS _____	9	CILOXAN OINT _____	86	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine) _____	23
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) _____	79	CIMDUO _____	37	CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine) _____	23
chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 % _____	37	cimetidine hcl OR 300 MG/5ML, 400 MG/6.67ML _____	95	CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine) _____	23
chloroquine phosphate TABS 250 MG _____	28	cimetidine TABS _____	95	CLARITIN SOLN (Use loratadine) .	23
chloroquine phosphate TABS 500 MG _____	28	cinacalcet hcl _____	60	CLARITIN TABS (Use loratadine) .	23
chlorpheniramine maleate SYRP _	22	CINQAIR _____	10	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____	46
chlorpheniramine maleate TABS ____	22	CINRYZE SOLR IV _____	64	CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____	46
chlorpromazine hcl TABS 10 MG .	37	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____	61	CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56
chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____	37	CIPRODEX (Use ciprofloxacin-dexamethasone) _____	88	clemastine fumarate TABS 1.34 MG .	22
chlorthalidone 25 MG, 50 MG ____	58	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ____	86	CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	28
chlorzoxazone TABS 500 MG ____	82	ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____	61	CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	98
CHOLBAM _____	62	ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	61	CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES	
cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1.25 MG, 50000 UNIT _____	99	ciprofloxacin-dexamethasone ____	88		
cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT _____	99	cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML ____	29		

(Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____	28	clopidogrel bisulfate 75 MG _____	65	hcl) _____	23
CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	49	clorazepate dipotassium TABS _____	9	COLESTID TABS (Use colestipol hcl) _____	23
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____	72	clotrimazole (topical) CREA _____	49	.....	23
CLIMARA PTWK (Use estradiol) _____	61	clotrimazole (topical) SOLN _____	49	colestipol hcl GRAN _____	23
CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	49	clotrimazole vaginal CREA 1 % _____	98	colestipol hcl TABS _____	23
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG _____	28	clotrimazole vaginal CREA 2 % _____	98	COMBIPATCH PTTW _____	61
clindamycin palmitate hydrochloride _____	28	clotrimazole vaginal CREA 2 % _____	98	COMBIVENT RESPIMAT AERS _____	11
clindamycin phosphate (topical) GEL _____	49	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____	50	COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine) _____	37
clindamycin phosphate (topical) LOTN _____	49	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____	50	COMETRIQ KIT _____	33
clindamycin phosphate (topical) SOLN _____	49	clozapine TABS _____	36	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	70
clindamycin phosphate vaginal CREA _____	98	CLOZARIL TABS (Use clozapine) _____	36	COMIRNATY 2023-24 SUSP _____	97
CLINITEST RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT _____	56	CO MONITOR REPLACEMENT TPIECES MISC _____	72	COMIRNATY 2023-24 SUSY _____	97
clobetasol propionate CREA 0.05 % _____	52	COAGADDEX _____	64	COMIRNATY SUSP _____	97
clobetasol propionate emollient base 0.05 % _____	52	coal tar extract SHAM 0.5 % _____	55	COMPLERA _____	37
clobetasol propionate GEL 0.05 % _____	52	COARTEM _____	28	CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1
clobetasol propionate OINT 0.05 % _____	52	codeine sulfate TABS 30 MG _____	6	CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1
clobetasol propionate SOLN 0.05 % _____	52	CODEINE SULFATE TABS _____	6	CONDOMS-MISC _____	69
clomipramine hcl 75 MG _____	17	COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____	68	CONTOUR NEXT GEN BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	69
clonazepam TABS _____	12	COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____	68	COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____	92
clonidine hcl (adhd) TB12 _____	1	COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____	62	COPIKTRA _____	33
clonidine hcl TABS _____	25	colchicine TABS _____	63	COREG 25 MG (Use carvedilol) _____	40
		colchicine w/ probenecid _____	63	COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____	40
		COLCRYS TABS (Use colchicine) _____	63	COREG CR (Use carvedilol phosphate) _____	41
		COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____	46	CORETEXT SUSP 1 ML _____	55
		COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl) _____	23		
		COLESTID GRAN (Use colestipol			

CORETEXT SUSP 2 ML_____	55	CUVITRU SOLN _____	89	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT_____	3
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol) _____	41	CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT _____	56	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS AJKT _____	3
CORIFACT _____	64	CVS DRY MOUTH SPRAY SOLN _____	80	CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl) _____	16
CORTEF TABS (Use hydrocortisone)	45	CVS GLUCOSE_____	18	cyproheptadine hcl SYRP _____	23
CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal))_____	8	CVS GLUCOSE CHEW_____	18	cyproheptadine hcl TABS _____	23
CORTISONE ACETATE TABS _____	45	CVS SOFT GLUCOSE CHEW _____	18	CYRAMZA _____	30
CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin)_____	56	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	65	CYSTADANE (Use betaine) _____	60
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ_____	51	cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG _____	83	CYSTADROPS_____	88
COSENTYX SOSY _____	51	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG _____	82	CYSTAGON CAPS_____	63
COSOPT (Use dorzolamide hcl- timolol maleate)_____	85	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)	86	CYSTARAN _____	88
cosyntropin SOLR _____	56	CYCLOGYL 0.5 % _____	86	cytarabine SOLN _____	29
COTELLIC _____	33	CYCLOGYL 2 % _____	86	CYTOGAM _____	89
COVID-19 AG TEST KIT _____	56	cyclopentolate hcl 0.5 % _____	86	CYTOMEL TABS (Use liothyronine sodium)_____	94
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT 56		cyclopentolate hcl 1 %, 2 % _____	86	CYTOTEC (Use misoprostol)_____	96
COZAAR (Use losartan potassium) 25		CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN _____	29	D.H.E. 45 SOLN IJ (Use dihydroergotamine mesylate) _____	75
CREON CPEP _____	57	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML _____	29	dabigatran etexilate mesylate CAPS 12	
CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium)_____	24	cyclophosphamide SOLN _____	29	DACOGEN (Use decitabine) _____	29
cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____	83	cyclophosphamide SOLR IJ _____	29	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS ... 80	
cromolyn sodium (ophth)_____	88	cyclosporine CAPS _____	78	dalfampridine _____	92
cromolyn sodium NEBU _____	10	cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS _____	78	DALIRESP (Use roflumilast) _____	10
crotamiton LOTN _____	54	cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN _____	78	dapsone _____	27
CRYSVITA _____	60	cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML .	78	DAPTACEL _____	94
CUTAQUIG _____	89	CYLTEZO AJKT _____	3	DARAPRIM (Use pyrimethamine) _____	28
		CYLTEZO PSKT _____	3	darunavir TABS 600 MG _____	37
				darunavir TABS 800 MG _____	37

DARZALEX _____	30	62	desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG ____	17	
DARZALEX FASPRO _____	32	DEMSEER (Use metyrosine) _____	25	desipramine hcl TABS 25 MG ____	17
daunorubicin hcl SOLN _____	32	DENGVAXIA _____	97	desmopressin acetate SOLN IJ ____	61
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN (Use daunorubicin hcl) _____	32	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium) _____	14	DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA _____	61
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 50 MG/10ML _____	32	DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium) _____	14	desmopressin acetate spray _____	61
DAURISMO _____	31	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium) _____	14	desmopressin acetate spray refrigerated _____	61
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS _____	22	DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium) _____	14	desmopressin acetate TABS ____	61
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate) _____	61	DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium) _____	14	desogestrel & ethinyl estradiol ____	44
DDAVP TABS (Use desmopressin acetate) _____	61	DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium) _____	14	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	44
DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____	88	DEPEN TITRATABS TABS (Use penicillamine) _____	78	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____	44
decitabine _____	29	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	45	desonide CREA _____	52
deferasirox PACK _____	21	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	45	desonide OINT _____	52
deferasirox TABS _____	21	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____	45	DESOWEN CREA (Use desonide)	52
deferasirox TBSO _____	21	DERMAREST PSORIASIS GEL ____	53	desoximetasone CREA 0.05 % ____	52
deferiprone TABS _____	21	DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide) _____	52	desoximetasone CREA 0.25 % ____	52
deferroxamine mesylate _____	21	DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic)) _____	89	desoximetasone GEL _____	52
DEFITELIO _____	65	DESCOVY 120 MG-15 MG _____	38	desoximetasone OINT 0.25 % ____	52
deflazacort TABS _____	45	DESCOVY 200 MG-25 MG _____	38	desvenlafaxine succinate 100 MG .16	
DEFLUX _____	63	DESFERAL 500 MG (Use deferroxamine mesylate) _____	21	desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____	16
DELSTRIGO _____	37			DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____	96
DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____	46			DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____	96
DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____	46			DEX4 _____	18
DELZICOL CPDR (Use mesalamine)				DEX4 FAST ACTING GLUCOSE .	18
				DEX4 NATURALS _____	18
				DEX4 POUCH PACK _____	18

DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	18	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	46	DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	12
dexamethasone ELIX _____	45	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML-30 MG/5ML-30 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML _____	46	diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG _____	12
dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____	87	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____	46	diazepam (anticonvulsant) GEL ____	12
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____	45	dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 100 MG/5ML-100 MG/5ML-10 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	47	diazepam SOLN OR 5 MG/5ML ____	9
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____	45	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____	47	diazepam TABS _____	9
dexamethasone SOLN _____	45	dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS _____	47	dibucaine _____	53
dexamethasone TABS _____	45	DEXYCU SUSP IO _____	87	dichlorphenamide _____	58
DEXCOM G6 RECEIVER _____	69	DHIVY TABS _____	35	diclofenac potassium TABS 50 MG	4
DEXCOM G7 RECEIVER _____	69	DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	55	diclofenac sodium (ophth) _____	88
DEXCOM G7 SENSOR _____	69	DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	55	diclofenac sodium (topical) GEL EX 50	
DEXEDRINE CP24 (Use dextroamphetamine sulfate) _____	1	DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	47	diclofenac sodium TBEC _____	4
DEXILANT (Use dexlansoprazole) 95		DIACOMIT CAPS 250 MG _____	12	dicloxacillin sodium _____	90
dexlansoprazole _____	95	DIACOMIT CAPS 500 MG _____	12	dicyclomine hcl CAPS _____	95
dexmethylphenidate hcl TABS ____	1	DIACOMIT PACK 250 MG _____	12	dicyclomine hcl SOLN OR ____	95
dexrazoxane hcl _____	34	DIACOMIT PACK 500 MG _____	12	dicyclomine hcl TABS _____	95
DEXTENZA INST _____	87	DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) ____	12	DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide) ____	49
dextroamphetamine sulfate CP24 ____	1	DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) ____	12	DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) . 22	
dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____	1	dihydroergotamine mesylate SOLN		DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	22
dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML _____	46			DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____	22
dextromethorphan polistirex LQCR 46				DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole) _____	22
dextromethorphan polistirex SUER 46				diflunisal TABS _____	6
dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD _____	46			digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML ____	42
				digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG _____	42

NA 4 MG/ML _____	75	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG _____	66	divalproex sodium TBEC 125 MG ..	14
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____	66	divalproex sodium TBEC 250 MG .	14
DILANTIN _____	14	diphenhydramine hcl CAPS _____	22	divalproex sodium TBEC 500 MG .	14
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML _____	22	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel) _____	34
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML	22	docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____	34
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl TABS 25 MG 22	22	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____	34
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenoxylate w/ atropine LIQD ____	21	DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel) 34	34
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG _____	41	diphenoxylate w/ atropine TABS ____	21	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML _____	34
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG _____	41	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP ____	94	docetaxel SOLN _____	34
diltiazem hcl CP12 _____	42	dipyridamole _____	65	DOCK-SORREL POLLEN MIX EXTRACT IJ _____	2
diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG . 42	42	disopyramide phosphate CAPS ____	9	docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG _____	68
diltiazem hcl CP24 240 MG _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL RANGE MISC _____	72	docusate sodium CAPS 50 MG ____	68
diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC ____	72	docusate sodium LIQD _____	68
diltiazem hcl extended release beads 240 MG _____	41	DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC _____	72	docusate sodium SYRP _____	68
diltiazem hcl TABS _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC _____	72	DOCUSATE SODIUM SYRP _____	68
dimenhydrinate TABS _____	21	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC _____	72	docusate sodium TABS _____	68
dimethyl fumarate CDPK _____	92	disulfiram 250 MG _____	92	dofetilide _____	10
dimethyl fumarate CPDR _____	92	DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use oxybutynin chloride) _____	96	DOJOLVI _____	85
DIOVAN HCT (Use valsartan- hydrochlorothiazide) _____	26	divalproex sodium CSDR _____	14	donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG _____	92
DIOVAN TABS (Use valsartan) ____	25	divalproex sodium TB24 250 MG .	14	dorzolamide hcl _____	88
diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG _____	66	divalproex sodium TB24 500 MG .	14	DORZOLAMIDE HCL _____	88

DOVATO _____	38	D-VI-SOL LIQD OR (Use cholecalciferol) _____	100	efavirenz TABS _____	38
DOVONEX CREA (Use calcipotriene)	51	E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	68	efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate _____	38
doxazosin mesylate	25	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM _____	70	efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate _____	38
doxepin hcl CAPS	17	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM _____	70	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17
doxepin hcl CONC	17	EASY FLOW 300 MM HOSE MISC . 72		EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17
doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG _____	94	EASY FLOW 400 MM HOSE MISC . 72		EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17
doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG _____	94	EASY FLOW AIR NOZZLE MISC .72		EFFIENT (Use prasugrel hcl) _____	65
doxycycline hyclate CAPS _____	94	EASY FLOW HEPA FILTER MISC . 72		EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____	50
doxycycline hyclate TABS 100 MG . 94		EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .56		ELAPRASE _____	60
doxylamine succinate (sleep) _____	66	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	69	eletriptan hydrobromide _____	75
DRAMAMINE CHEW _____	21	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP .56		ELIDEL (Use pimecrolimus) _____	53
DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate) _____	21	EBASE CONTROLLER KIT MISC .72		ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____	31
DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol) . 99		econazole nitrate CREA _____	50	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____	31
drospirenone-ethinyl estradiol _____	44	ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin) _____	6	ELIQUIS STARTER PACK TBPK .11	
DROXIA CAPS _____	65	ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin) _____	6	ELIQUIS TABS _____	11
droxidopa _____	99	ECOTRIN TBEC (Use aspirin) _____	6	ELLA _____	45
DRYSOL SOLN _____	54	ED BRON GP LIQD _____	47	ELLENCE SOLN _____	32
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use bisacodyl) _____	68	EDURANT _____	38	ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT _____	56
DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) . 68		efavirenz CAPS 200 MG _____	38	ELOCTATE _____	64
DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) . 68		efavirenz CAPS 50 MG _____	38	EMBRACE PEN NEEDLES/30G X 5MM _____	70
duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG _____	16			EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 5MM _____	70
DUROLANE PRSY _____	83			EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM _____	70
DUTOPROL TB24 12.5 MG-100 MG, 12.5 MG-50 MG _____	26			EMBRACE PEN NEEDLES/32G X	

4MM _____	70	EPCLUSA PACK 50 MG-200 MG ..	40	erlotinib hcl _____	31
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _	56	EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE ____	55	ertapenem sodium IJ _____	27
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP ..	56	EPIDIOLEX _____	12	ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid)) _____	49
EMCYT _____	31	EPIFOAM FOAM _____	52	ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	68
EMFLAZA SUSP _____	45	epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____	99	ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	69
EMFLAZA TABS (Use deflazacort) . 45		epinephrine (anaphylaxis) SOAJ ____	99	erythromycin (acne aid) GEL ____	49
EMOLLIENT LOTION-MISC _____	53	epinephrine hcl (nasal) _____	84	erythromycin (acne aid) SOLN ____	49
EMPLICITI _____	30	EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) _____	99	erythromycin (ophth) _____	86
emtricitabine CAPS _____	38	EPIPEN-JR 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) _____	99	ERYTHROMYCIN _____	86
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG _____	38	EPIVIR SOLN (Use lamivudine) ____	38	erythromycin base CPEP _____	69
EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine) . 38		EPIVIR TABS 150 MG (Use lamivudine) _____	38	erythromycin base TABS _____	69
EMTRIVA SOLN _____	38	EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine) _____	38	erythromycin base TBEC _____	69
EMVERM CHEW _____	9	EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine) _____	38	erythromycin ethylsuccinate SUSR . 69	
enalapril maleate & hydrochlorothiazide _____	26	EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	65	erythromycin ethylsuccinate TABS	69
enalapril maleate TABS _____	24	epoprostenol sodium _____	42	erythromycin stearate TABS 250 MG . 69	
ENDARI _____	65	EPZICOM (Use abacavir sulfate- lamivudine) _____	38	ESBRIET CAPS (Use pirfenidone) .94	
ENFAMIL ENFALYTE SOLN ____	77	EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN _____	80	ESBRIET TABS (Use pirfenidone) .94	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML ____	97	EQUALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	77	escitalopram oxalate TABS 10 MG . 15	
ENGERIX-B SUSY _____	97	ERBITUX _____	31	escitalopram oxalate TABS 20 MG . 15	
ENHERTU _____	30	ergocalciferol CAPS _____	100	escitalopram oxalate TABS 5 MG_ 15	
ENJAYMO _____	64	ergocalciferol SOLN OR _____	100	ESGIC TABS (Use butalbital- acetaminophen-caffeine) _____	5
enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML _____	11	ergotamine w/ caffeine TABS ____	75	esomeprazole magnesium CPDR 20 MG _____	96
enoxaparin sodium SOSY _____	11	ERIVEDGE _____	31	ESPEROCT _____	64
ENSPRYNG _____	78	ERLEADA 60 MG _____	31	ESTRACE CREA (Use estradiol	
ENTYVIO SOLR _____	62				

vaginal) _____	99	EVKEEZA _____	23	felbamate SUSP _____	13
ESTRACE TABS (Use estradiol) _____	61	EVOMELA _____	29	felbamate TABS _____	13
estradiol & norethindrone acetate TABs _____	61	EVRYSDI _____	84	FELBATOL SUSP (Use felbamate)	13
estradiol PTTW _____	61	EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) _____	92	FELBATOL TABS (Use felbamate)	14
estradiol PTWK _____	61	exemestane _____	31	FELDENE CAPS (Use piroxicam) _	4
estradiol TABS _____	61	EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan) _____	26	felodipine _____	42
estradiol vaginal CREA _____	99	EXFORGE HCT (Use amlodipine- valsartan-hydrochlorothiazide) _____	26	FEMARA (Use letrozole) _____	31
estradiol vaginal TABS _____	99	EXJADE TBSO (Use deferasirox) .	21	FEMHRT (Use norethindrone acetate-ethinyl estradiol) _____	61
ESTROFACTORS TABS _____	80	EXKIVITY _____	31	fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG _____	24
ethambutol hcl TABS _____	28	EXONDYS 51 _____	84	fenofibrate micronized 67 MG _____	24
ethosuximide CAPS _____	14	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC .	72	fenofibrate TABS 160 MG _____	24
ethosuximide SOLN _____	14	EXSERVAN FILM _____	84	fenofibrate TABS 54 MG _____	24
ethynodiol diacet & eth estrad _____	44	EXTAVIA KIT _____	92	FENOFIBRATE TABS _____	24
etodolac CAPS _____	4	EYLEA HD SOLN _____	86	fenoprofen calcium CAPS 400 MG_	4
etodolac TABS _____	4	EYLEA SOLN _____	86	FENSOLVI SC _____	59
etonogestrel-ethinyl estradiol _____	44	EYLEA SOSY _____	86	fenentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____	6
etoposide CAPS _____	34	ezetimibe _____	24	FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____	66
etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML _____	34	ezetimibe-simvastatin _____	23	FERRETTS TABS _____	66
etravirine 100 MG _____	38	famciclovir _____	40	FERRIPROX SOLN _____	21
etravirine 200 MG _____	38	famotidine SUSR _____	95	FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____	21
EUFLEXXA SOSY _____	83	famotidine TABS 10 MG _____	95	FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	21
EULEXIN _____	31	famotidine TABS 20 MG, 40 MG _____	95	ferrous fumarate TABS 324 MG _____	66
EVAC POWD (Use psyllium) _____	67	FARESTON (Use toremifene citrate)	31	ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn- mg-mn-cu TABS _____	66
EVENITY _____	58	.....	31		
everolimus TABS _____	33	FARYDAK _____	33		
everolimus TBSO _____	33	FASTEP COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56		
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	69	FEIBA _____	64		
EVISTA (Use raloxifene hcl) _____	59				

FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG _____	66	FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____	67	fluocinolone acetonide (otic) _____	89
ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML _____	66	FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____	67	fluocinolone acetonide OIL _____	52
ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____	66	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____	72	fluocinonide CREA 0.05 % _____	52
ferrous sulfate TABS 65 MG, 325 MG _____	66	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____	72	fluocinonide emulsified base _____	52
FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____	66	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____	72	fluocinonide GEL _____	52
ferrous sulfate TBEC _____	66	FLOLAN (Use epoprostenol sodium) _____	42	fluocinonide OINT _____	52
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____	5	FLOMAX (Use tamsulosin hcl) _____	63	fluocinonide SOLN _____	52
fexofenadine hcl TABS 180 MG _____	23	FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	83	fluorometholone (ophth) SUSP _____	87
fexofenadine hcl TABS 60 MG _____	23	FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	83	fluorouracil (topical) CREA 0.5 % _____	50
FIBRYGA _____	64	FLORIVA PLUS SOLN _____	81	fluorouracil (topical) CREA 5 % _____	50
FILTER AIR PP MISC _____	72	FLOVENT HFA _____	10	fluorouracil (topical) SOLN _____	50
finasteride _____	63	FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56	fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG 15	
fingolimod hcl _____	92	fluconazole SUSP _____	22	fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____	16
FINTEPLA _____	12	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG _____	22	fluoxetine hcl SOLN _____	16
FIRAZYR SOSY (Use icanitabant acetate) _____	64	fluconazole TABS 150 MG _____	22	fluoxetine hcl TABS 10 MG _____	16
FIRMAGON 80 MG _____	31	fluconazole TABS 50 MG _____	22	fluoxetine hcl TABS 20 MG _____	16
FIRVANQ SOLR OR (Use vancomycin hcl) _____	27	fludarabine phosphate SOLN _____	29	fluphenazine decanoate _____	37
FLAVOR BLEND SUSP _____	90	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN _____	29	fluphenazine hcl TABS _____	37
FLAVOR PLUS LIQD _____	90	fludrocortisone acetate TABS _____	45	flurazepam hcl _____	67
FLAVOR SWEET SYRP _____	90	flunisolide (nasal) 0.025 % _____	83	flurbiprofen sodium _____	88
FLAVOR SWEET-SF SYRP _____	90			flurbiprofen TABS _____	4
flavoxate hcl _____	96			flutamide _____	31
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML _____	89			fluticasone propionate (nasal) SUSP _____	83
FLEBOGAMMA DIF SOLN _____	89			fluticasone propionate CREA 0.05 % _____	52
flecainide acetate _____	10			fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____	10
				fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____	10
				fluticasone propionate OINT _____	52

fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT _____	11	(recombinant)) _____	58	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	.72
fluvoxamine maleate TABS 100 MG . 16		FORTISCARE G1 BLOOD		furosemide SOLN OR 10 MG/ML, 40 MG/5ML _____	58
fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG _____	16	GLUCOSE TEST STRIP STRP ____	57	furosemide TABS _____	58
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC _____	72	FOSAMAX TABS 70 MG (Use alendronate sodium) _____	58	FUZEON SOLR _____	38
FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth)) _____	87	fosamprenavir calcium TABS ____	38	FYARRO _____	33
FML OINT _____	87	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide _____	26	gabapentin CAPS _____	12
FOCALIN TABS (Use dexmethylphenidate hcl) _____	1	fosinopril sodium _____	24	gabapentin SOLN _____	12
FOLCYTEINE TABS _____	80	FOTIVDA _____	33	gabapentin TABS 600 MG ____	12
folic acid TABS 1 MG _____	65	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML _____	12	gabapentin TABS 800 MG ____	12
folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG . 65		FRAGMIN SOSY _____	12	GABITRIL (Use tiagabine hcl) ____	14
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML _____	59	FREESTYLE LIBRE _____	14	GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) 83	
FOLOTYN (Use pralatrexate) _____	29	DAY/READER/FLASH MONITORING SYSTEM _____	69	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____	83
FOLOTYN _____	29	FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM _____	69	GALAFOLD _____	60
fondaparinux sodium _____	11	FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM _____	69	galantamine hydrobromide CP24 .	92
FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP ..	56	FREESTYLE LIBRE 2/READER/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	galantamine hydrobromide SOLN .	92
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS _____	56	FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	galantamine hydrobromide TABS .	92
FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT .	56	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	GAMASTAN _____	89
FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP ..	56	FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	GAMIFANT _____	78
formaldehyde SOLN 10 % _____	37	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	GAMMAGARD LIQUID _____	89
FORTEO SOPN (Use teriparatide		FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	69	GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR _____	89
		FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	69	GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	89
				GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML .	89
				GAMMAPLEX SOLN _____	89
				GAMUNEX-C _____	89
				GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	59

ganirelix acetate _____	59	MG _____	2	GNP GLUCOSE 6 MG-4 GM _____	18
GARDASIL 9 SUSP _____	97	GLASSIA SOLN _____	93	GNP GLUCOSE CHEW _____	18
GARDASIL 9 SUSY _____	97	glatiramer acetate SOSY _____	93	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	18
GATTEX _____	63	GLEEVEC (Use imatinib mesylate) 33		GOCOVRI CP24 _____	35
GAUZE SPONGES _____	69	glimepiride 1 MG, 2 MG _____	20	GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS _____	57
GAVRETO _____	33	glimepiride 4 MG _____	20	GOLYTELY SOLR (Use peg 3350- kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	67
GAZYVA _____	30	glipizide TABS _____	20	GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	59
gefitinib _____	31	glipizide TB24 _____	20	GONAL-F RFF SOLR SC _____	59
GEL-ONE _____	83	glipizide-metformin hcl _____	17	GONAL-F SOLR IJ _____	59
GELSYN-3 SOSY _____	83	glucagon (rdna) _____	18	GOODSENSE GLUCOSE _____	18
gemfibrozil TABS _____	24	GLUCAGON EMERGENCY KIT (Use glucagon (rdna)) _____	18	GOTOKNOW COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT _____	57
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT _____	57	GLUCO TO GO CHEW _____	18	GRANIX SOLN _____	65
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT _____	57	GLUCOSE _____	18	GRANIX SOSY _____	65
GENERESS FE (Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe) _____	44	GLUCOSE CHEW _____	18	GRAPE SYRUP SYRP _____	90
GENICIN VITA-Q TABS _____	80	GLUCOSE INSTANT ENERGY _____	18	griseofulvin microsize SUSP _____	22
gentamicin sulfate (ophth) OINT _____	86	GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide) _____	20	griseofulvin microsize TABS _____	22
gentamicin sulfate (ophth) SOLN _____	86	glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG _____	20	griseofulvin ultramicrosize _____	22
gentamicin sulfate (topical) CREA _____	49	glyburide TABS _____	20	guaifenesin LIQD 100 MG/5ML, 200 MG/10ML, 400 MG/20ML _____	48
gentamicin sulfate (topical) OINT _____	49	glyburide-metformin _____	17	guaifenesin SYRP _____	48
GENVISC 850 SOSY _____	83	glycerin (laxative) SUPP 2 GM _____	67	guaifenesin TB12 1200 MG _____	48
GENVOYA _____	38	GLYCERIN ADULT SUPP (Use glycerin (laxative)) _____	67	guaifenesin TB12 600 MG _____	48
GEODON (Use ziprasidone hcl) _____	36	glycine diluent _____	90	guaifenesin-codeine SOLN _____	47
GERI-TUSSIN SYRP _____	48	glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG _____	95	guaifenesin-codeine SYRP _____	47
GILENYA (Use fingolimod hcl) _____	93	GLYNASE (Use glyburide micronized) _____	20	guanfacine hcl (adhd) _____	1
GILENYA 0.5 MG _____	93	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	57	guanfacine hcl _____	25
GILOTRIF _____	31			GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR _____	
GIMOTI SOLN NA _____	62				
ginger (zingiber officinalis) CAPS _____	250				

69	HERCEPTIN 150 MG _____	30	HYDRALYTE SOLN _____	77	
GUARDIAN REAL-TIME REPLACEMENT MONITOR PEDIATRIC _____	HERCEPTIN HYLECTA _____	32	HYDREA (Use hydroxyurea) _____	34	
69	HIBERIX SOLR IJ _____	96	hydrochlorothiazide CAPS _____	58	
GYNAZOLE-1 _____	HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	37	hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG _____	58	
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ ____	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	80	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN _____	46	
3	HIZENTRA SOLN _____	89	hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	7	
HADLIMA SOSY _____	3	HIZENTRA SOSY _____	89	7	
HAEGARDA SOLR SC _____	64	homatropine hbr _____	86	7	
HALAVEN _____	35	HULIO AJKT _____	3	hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7
HALCION 0.25 MG (Use triazolam) . 67	67	HULIO PSKT _____	3	7	
HALDOL DECANOATE 100 (Use haloperidol decanoate) _____	36	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	19	HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK _____	52
HALDOL DECANOATE 50 (Use haloperidol decanoate) _____	36	HUMALOG SOLN IJ _____	19	hydrocortisone (intrarectal) _____	8
haloperidol decanoate _____	36	HUMATE-P SOLR _____	64	hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____	8
haloperidol lactate CONC _____	36	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	19	hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % _____	8
haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____	36	HUMULIN 70/30 SUSP _____	19	hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % . 52	
haloperidol TABS 20 MG _____	36	HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____	19	52	
HAVRIX _____	97	HUMULIN N SUSP _____	19	hydrocortisone (topical) CREA 1 % . 52	
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____	64	HUMULIN R SOLN IJ _____	19	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 52	
HEMOFIL M SOLR 1501 -2000 UNIT	64	HYALGAN SOLN _____	83	hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 52	
HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT ____	64	HYALGAN SOSY _____	83	52	
HEPAGAM B SOLN IJ _____	89	HYCAMTIN CAPS _____	35	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 52	
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	12	HYCAMTIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	35	52	
HEPLISAV-B SOSY _____	97	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	46	hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 %52	
		hydralazine hcl TABS _____	27	hydrocortisone butyrate SOLN ____	52
		HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN _____	77	hydrocortisone TABS _____	45
				hydrocortisone vaginal _____	99
				hydrocortisone w/acetic acid _____	89

HYDROCORTISONE/ACETIC ACID (Use hydrocortisone w/acetic acid) 89	UNIT _____ 89	IMBRUVICA CAPS _____ 33
HYDROMORPHONE HCL SUPP ___ 6	HYQVIA _____ 90	IMBRUVICA TABS _____ 33
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG _____ 6	HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ___ 3	IMCIVREE _____ 1
hydromorphone hcl TABS 8 MG ___ 6	HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ___ 3	IMFINZI _____ 30
hydroxychloroquine sulfate 200 MG . 28	HYRONAN KIT _____ 83	imipramine hcl TABS _____ 17
hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____ 31	HY-VEE GLUCOSE _____ 18	imiquimod 5 % _____ 53
hydroxyprogesterone caproate OIL . 91	HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 26	IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____ 75
hydroxyurea _____ 34	ibandronate sodium SOLN _____ 58	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 75
hydroxyzine hcl SYRP _____ 9	IBRANCE CAPS _____ 33	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 75
hydroxyzine hcl TABS _____ 9	IBRANCE TABS _____ 33	IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____ 76
hydroxyzine pamoate CAPS _____ 9	ibuprofen CHEW _____ 4	IMLYGIC _____ 35
HYMOVIS _____ 83	ibuprofen lysine _____ 4	IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____ 21
hyoscyamine sulfate ELIX _____ 95	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML _____ 4	IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____ 21
HYOSCYAMINE SULFATE POWD . 95	ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR . 97
hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML _____ 95	ibuprofen TABS 200 MG _____ 4	IMURAN TABS (Use azathioprine) 78
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG 95	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4	INCRELEX _____ 59
hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG 95	icatibant acetate SOLN _____ 64	INCRUSE ELLIPTA _____ 10
hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG . 95	icatibant acetate SOSY _____ 64	indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG . 58
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG 95	ICLUSIG _____ 33	INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____ 41
HYPERHEP B SOLN IM _____ 89	IDELVION _____ 64	INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT__ 57
HYPERRHO S/D MINI-DOSE SOSY IM _____ 89	IDHIFA _____ 33	INDOCIN SUSP (Use indomethacin) . 4
HYPERRHO S/D SOSY IM 1500	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 42	
	IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT _____ 57	
	ILARIS SOLN _____ 3	
	ILUMYA _____ 51	
	ILUVIEN _____ 87	
	imatinib mesylate _____ 33	

INDOMETHACIN _____	4	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN .	19	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % .	83
indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG	4	INSULIN LISPRO JUNIOR		ipratropium bromide SOLN 0.02 %	10
indomethacin sodium _____	4	KWIKPEN SOPN _____	19	ipratropium-albuterol SOLN _____	11
indomethacin SUPP _____	4	INSULIN LISPRO KWIKPEN SOPN .	19	irbesartan _____	25
indomethacin SUSP _____	4	INSULIN LISPRO		irbesartan-hydrochlorothiazide ____	26
INFANRIX _____	94	PROTAMINE/INSULIN LISPRO		IRESSA (Use gefitinib) _____	31
INFANTS ADVIL SUSP (Use		KWIKPEN SUPN _____	19	irinotecan hcl _____	35
ibuprofen) _____	4	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	19	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW .	66
INFANTS SILAPAP SOLN OR _____	5	INSULIN SYRINGES _____	70	IRON TABS 28 MG _____	66
INFLECTRA SOLR _____	62	INSULIN SYRINGES-MISC _____	70	ISENTRESS CHEW 100 MG ____	38
INFLIXIMAB _____	62	INSUPEN 31G X 5MM _____	70	ISENTRESS CHEW 25 MG ____	38
INLYTA _____	30	INSUPEN 31G X 8MM _____	70	ISENTRESS HD TABS _____	38
INNOSPIRE REPLACEMENT		INSUPEN 32G X 4MM _____	70	ISENTRESS PACK _____	38
FILTER MISC _____	72	INTELENCE 100 MG (Use etravirine)		ISENTRESS TABS _____	38
INQOVI _____	32	.....	38	isoniazid SYRP _____	28
INREBIC _____	33	INTELENCE 200 MG (Use etravirine)		isoniazid TABS _____	28
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN .	19	.....	38	ISOPTO ATROPINE SOLN _____	86
INSULIN ASPART PENFILL SOCT .	19	INTELENCE 25 MG _____	38	ISOPTO CARPINE SOLN 1 % (Use	
INSULIN ASPART		INTELISWAB COVID-19 RAPID		pilocarpine hcl) _____	86
PROTAMINE/INSULIN ASPART		TEST KIT _____	57	ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG	
FLEXPEN SUPN _____	19	INTRON A SOLR _____	34	(Use isosorbide dinitrate) _____	9
INSULIN ASPART		INTUNIV (Use guanfacine hcl		isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10	
PROTAMINE/INSULIN ASPART		(adhd))	1	MG, 20 MG, 30 MG _____	9
SUSP _____	19	INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) .	27	isosorbide mononitrate TABS _____	9
INSULIN ASPART SOLN IJ _____	19	INVEGA HAFYERA _____	36	isosorbide mononitrate TB24 _____	9
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH		INVEGA SUSTENNA _____	36	isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG,	
SOPN 100 UNIT/ML _____	19	INVEGA TRINZA _____	36	40 MG _____	49
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH		IOPIDINE _____	86	ISTODAX SOLR (Use romidepsin)	33
SOPN 200 UNIT/ML _____	19	IPOL INACTIVATED IPV _____	97	ISTURISA _____	58
INSULIN DEGLUDEC SOLN _____	19	ipratropium bromide (nasal) 0.03 % .	83	ITCH RELIEF CREA _____	50
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN .	19				

itraconazole CAPS _____	22	KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1	ketorolac tromethamine TABS _____	4
IXEMPRA KIT _____	35	KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	17	KETOSTIX STRP _____	57
IXIARO _____	97	KCENTRA _____	64	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %	88
IXINITY SOLR _____	64	KEMOPLAT SOLN _____	29	KEVEYIS (Use dichlorphenamide)	58
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	21	KEPIVANCE 5.16 MG _____	34	KEY-E CHEW _____	100
JADENU TABS (Use deferasirox) _____	.21	KEPIVANCE 6.25 MG _____	34	KEYTRUDA _____	30
JAKAFI _____	33	KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13	KHAPZORY _____	34
JANSSEN COVID-19 VACCINE _____	97	KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13	KIMMTRAK _____	30
JEMPERLI _____	30	KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE PREMAX SOLN _____	77
JEVTANA _____	35	KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE SOLN _____	77
JIVI _____	64	KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	12	KINERET SOSY _____	3
JULUCA _____	38	KERALYT GEL (Use salicylic acid)	53	KINRIX SUSY _____	94
JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	24	KERALYT GEL _____	53	KISQALI _____	33
JYNARQUE TABS _____	61	KESIMPTA _____	93	KISQALI FEMARA 200 DOSE _____	32
JYNARQUE TBPK _____	61	ketoconazole (topical) CREA _____	50	KISQALI FEMARA 400 DOSE _____	32
JYNNEOS _____	97	ketoconazole (topical) SHAM 2 % _____	.50	KISQALI FEMARA 600 DOSE _____	32
KADCYLA _____	30	KETONE STRP _____	57	KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2
KALBITOR _____	64	KETONE TEST STRIPS STRP _____	57	KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	49
KALETRA SOLN (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 % _____	88	KLONOPIN TABS (Use clonazepam) _____	12
KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 % _____	88	KOATE SOLR _____	64
KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4	KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	64
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	93	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	4	KOGENATE FS KIT _____	64
KALYDECO PACK 5.8 MG _____	93			KOKO PEAK PRO REPLACEMENT PLASTIC MOUTHPIECE MISC _____	72
KALYDECO TABS _____	94			KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	17
KANJINTI 420 MG _____	30				
KANUMA _____	60				

KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	18	hcl (topical)) _____	50	lenalidomide _____	78
KOSELUGO _____	33	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	50	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ____	30
KOVALTRY _____	64	lamivudine SOLN _____	38	LENVIMA 12MG DAILY DOSE ____	30
K-PHOS NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	77	lamivudine TABS 150 MG _____	38	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ____	30
KRINTAFEL _____	28	lamivudine TABS 300 MG _____	38	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ____	30
KROGER GLUCOSE _____	18	lamivudine-zidovudine _____	38	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ____	30
KRYSTEXXA _____	63	lamotrigine CHEW _____	13	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ____	30
K-TAB TBCR 8 MEQ, 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	77	lamotrigine TABS _____	13	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE ____	30
KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	60	lamotrigine TB24 _____	13	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ____	30
KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	60	LANCETS-MISC _____	69	LEQVIO _____	24
KYPROLIS _____	33	LANCING DEVICE-MISC _____	69	LETAIRIS (Use ambrisentan) ____	43
labetalol hcl TABS 100 MG _____	41	lanolin (topical) CREA _____	54	letrozole _____	31
labetalol hcl TABS 200 MG _____	41	lanolin (topical) OINT _____	54	leucovorin calcium TABS _____	34
labetalol hcl TABS 300 MG _____	41	lanolin XX _____	91	LEUKERAN _____	29
lactic acid (ammonium lactate) CREA _____	53	LANOLIN XX _____	91	LEUKINE SOLR IJ _____	65
lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	53	LANOLOR CREA _____	54	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML _____	31
lactulose (encephalopathy) _____	62	LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) .	42	LEUPROLIDE ACETATE/BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE _____	31
lactulose SOLN _____	67	LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____	42	levabuterol tartrate _____	11
LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (Use lamotrigine) _____	13	lansoprazole CPDR 15 MG _____	96	LEVVID TB12 (Use hyoscyamine sulfate) _____	95
LAMICTAL TABS (Use lamotrigine) _____	13	lansoprazole CPDR 30 MG _____	96	levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML, 500 MG/5ML _____	13
LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine) _____	13	lapatinib ditosylate _____	33	levetiracetam TABS 1000 MG ____	13
LAMISIL AT CREA (Use terbinafine		LASIX TABS (Use furosemide) ____	58	levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG _____	13
		latanoprost SOLN _____	88	levetiracetam TABS 500 MG ____	13
		LATANOPROST SOLN _____	88	levetiracetam TB24 _____	13
		LATUDA (Use lurasidone hcl) ____	36	levobunolol hcl 0.5 % _____	85
		LEADER GLUCOSE 6 MG-4 GM .	18	levocarnitine (metabolic modifiers)	
		LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	18		
		leflunomide _____	5		

SOLN OR 1 GM/10ML _____	60	lidocaine hcl (mouth-throat) 2 % ____	79	LIVMARLI _____	62
levocarnitine (metabolic modifiers) TABS _____	60	lidocaine hcl CREA 3 % _____	53	LIVTENCITY _____	39
levocetirizine dihydrochloride TABS 23		lidocaine hcl CREA 4 % _____	53	LMX 4 CREA (Use lidocaine) ____	54
levofloxacin TABS _____	61	lidocaine hcl GEL 2 % _____	53	LODINE TABS (Use etodolac) ____	4
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML _____	34	lidocaine OINT _____	53	LODOSYN (Use carbidopa) ____	35
levoleucovorin calcium SOLR ____	34	lidocaine-prilocaine CREA _____	53	LOHIST-D LIQD _____	47
levonorgestrel & eth estradiol TABS 44		LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT (Use baclofen) _____	83	LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine) _____	21
levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	45	LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 0.05 MG/ML, 10 MG/5ML _____	83	LONGS GLUCOSE _____	18
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____	44	liothyronine sodium TABS _____	94	LONSURF _____	32
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) 0.03 MG-0.15 MG _____	44	LIPITOR TABS (Use atorvastatin calcium) _____	24	loperamide hcl CAPS _____	21
levothyroxine sodium TABS ____	94	lisdexamphetamine dimesylate CAPS 1		loperamide hcl TABS _____	21
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use hyoscyamine sulfate) _____	95	lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG ____	26	LOPID TABS (Use gemfibrozil) ____	24
LEVULAN KERASTICK SOLR ____	50	lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____	26	lopinavir-ritonavir SOLN _____	38
LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	lisinopril TABS 2.5 MG _____	24	lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG _____	38
LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	24	lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____	38
LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	LITETOUCH MASK LARGE MISC	72	LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41
LEXIVA SUSP _____	38	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC .	73	LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41
LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium) _____	38	LITETOUCH MASK SMALL MISC .	73	loratadine & pseudoephedrine TB12 .	47
LIALDA TBEC (Use mesalamine) .	62	lithium _____	35	loratadine & pseudoephedrine TB24 .	47
LIBTAYO _____	30	lithium carbonate CAPS _____	35	loratadine SOLN _____	23
LICEMD GEL _____	54	lithium carbonate TABS _____	35	loratadine TABS _____	23
lidocaine CREA 4 % _____	53	lithium carbonate TBCR _____	35	loratadine TBDP 10 MG _____	23
		LITHOBID TBCR (Use lithium carbonate) _____	35	lorazepam TABS _____	9
		LITTLE REMEDIES SALINE SPRAY/DROPS SOLN _____	83	LORBRENA _____	33
				losartan potassium & hydrochlorothiazide _____	26

losartan potassium _____	25	31	hydroxyprogesterone caproate) ____	91
LOSEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day)) _____	44	LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT IM	MAKENA SOAJ _____	91
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____	24	LUPRON DEPOT (4-MONTH) IM .	malathion _____	54
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____	24	LUPRON DEPOT (6-MONTH) IM .	maraviroc TABS 150 MG _____	38
LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide) .	26	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) . 59	maraviroc TABS 300 MG _____	38
LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____	26	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) . 59	MARGENZA _____	31
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	50	lurasidone hcl _____	MARQIBO _____	35
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	50	LUXTURNA _____	MASK VORTEX/CHILD/FROG ____	73
lovastatin TABS 10 MG, 20 MG ____	24	LYNPARZA TABS _____	MASK VORTEX/TODDLER/LADYBUG __	73
lovastatin TABS 40 MG _____	24	LYSODREN _____	MATULANE _____	34
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____	12	LYSTEDA TABS (Use tranexamic acid) _____	MAVYRET PACK _____	40
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____	12	MACI _____	MAVYRET TABS _____	40
loxapine succinate _____	36	MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____	MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76
LUCENTIS SOLN _____	86	MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) ____	MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76
LUCENTIS SOSY _____	86	MAGNESIUM CAPS 400 MG ____	MAXITROL OINT (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	87
LUMAKRAS _____	33	magnesium citrate _____	MAXITROL SUSP (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	87
LUMIZYME _____	60	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS _____	MAXI-TUSS PE LIQD _____	47
LUMOXITI _____	30	magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	MAXI-TUSS PE MAX LIQD ____	47
LUNG PERFORMANCE PEAK FLOW METER _____	73	magnesium oxide (mg supplement) TABS 400 MG _____	MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	58
LUPKYNIS _____	78	MAGNESIUM OXIDE CAPS ____	MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	58
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT IM		magnesium oxide TABS 400 MG __	meclizine hcl CHEW _____	21
		MAGOX 400 TABS (Use magnesium oxide (mg supplement)) _____	meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG . 21	
		MAKENA OIL (Use	MEDROL DOSEPAK TBPK (Use methylprednisolone) _____	45
			MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use	

methylprednisolone) _____	45	MEPSEVII _____	60	methimazole TABS _____	94
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	45	mercaptapurine TABS _____	29	METHITEST TABS _____	8
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	45	mesalamine CP24 _____	62	methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG _____	83
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____	91	mesalamine CPDR _____	62	METHOTREXATE _____	3
mefloquine hcl _____	28	mesalamine ENEM _____	62	methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____	29
megestrol acetate SUSP _____	31	mesalamine TBEC _____	62	methotrexate sodium TABS 2.5 MG 30	
megestrol acetate TABS _____	31	mesna SOLN _____	34	methylphenidate hcl _____	2
MEIJER GLUCOSE _____	18	MESNEX SOLN (Use mesna) _____	34	METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MEKINIST TABS _____	33	MESNEX TABS _____	34	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MEKTOVI _____	33	MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide) _____	28	methyldopa TABS _____	25
MELATONIN SUBL _____	2	MESTINON TIMESPAN TBCR (Use pyridostigmine bromide) _____	28	methylergonovine maleate TABS _	89
melatonin TABS 3 MG, 5 MG _____	2	METADATE CD CPCR (Use methylphenidate hcl) _____	2	METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
melatonin TBDP 3 MG _____	2	METAMUCIL ORIGINAL TEXTURE POWD (Use psyllium) _____	67	methyldopa TABS _____	25
meloxicam TABS _____	4	METAMUCIL POWD (Use psyllium) . 67		METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
melphalan _____	29	metformin hcl TABS 500 MG _____	17	methyldopa TABS _____	25
melphalan hcl _____	29	metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG _____	17	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
memantine hcl SOLN _____	92	metformin hcl TB24 500 MG _____	17	methyldopa TABS _____	25
memantine hcl TABS _____	92	metformin hcl TB24 750 MG _____	18	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MENACTRA _____	96	methadone hcl TABS 10 MG _____	6	methyldopa TABS _____	25
MENOPUR SC _____	59	methadone hcl TABS 5 MG _____	6	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MENQUADFI _____	96	methazolamide TABS _____	58	methyldopa TABS _____	25
MENVEO SOLN _____	96	methenamine mandelate _____	28	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MENVEO SOLR _____	97	methenamine-hyosc-methylene blue- sod phos-phenyl sal TABS 10.8 MG- 81.6 MG-0.12 MG-36.2 MG-40.8 MG, 10.8 MG-81.6 MG-36.2 MG-0.12 MG- 40.8 MG _____	27	methyldopa TABS _____	25
meperidine hcl SOLN OR 50 MG/5ML _____	6			METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
meperidine hcl TABS 50 MG _____	6			methyldopa TABS _____	25
MEPHYTON TABS (Use phytonadione) _____	100			METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
meprobamate _____	9			methyldopa TABS _____	25

metoclopramide hcl SOLN OR 5 MG/5ML, 10 MG/10ML _____	62	nitrate (topical)) _____	50	MIRCERA _____	65
metoclopramide hcl TABS _____	62	miconazole nitrate (topical) CREA .	50	MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) _____	44
metolazone _____	58	miconazole nitrate vaginal CREA .	98	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM	55
metoprolol & hydrochlorothiazide TABs 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG	26	miconazole nitrate vaginal KIT	98	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM	55
metoprolol & hydrochlorothiazide TABs 50 MG-100 MG _____	26	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____	98	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM	55
metoprolol succinate TB24 200 MG 41		miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____	99	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM	55
metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	41	MICRHOGAM ULTRA- FILTEREDPLUS SOSY IM _____	89	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM	55
metoprolol tartrate TABs 100 MG .	41	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW METER _____	73	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM	55
metoprolol tartrate TABs 25 MG, 50 MG _____	41	midazolam hcl SOLN IJ _____	67	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM _____	55
METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) _____	54	midodrine hcl _____	99	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM _____	55
METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical)) _____	54	mifepristone (hyperglycemia) _____	18	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM	55
metronidazole (topical) CREA _____	54	miglustat _____	65	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM	55
metronidazole (topical) GEL 0.75 % 54		MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) _____	75	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESHED _____	55
metronidazole (topical) LOTN _____	54	MINI WRIGHT AFS PEAK FLOWMETER LOW RANGE _____	73	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	55
metronidazole TABs _____	27	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	73	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	55
metronidazole vaginal _____	98	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD RANGE _____	73	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	55
metyrosine _____	25	MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC _____	73	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____	55
mexiletine hcl _____	10	MINIPRESS CAPS (Use prazosin hcl) _____	25	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____	55
MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) _____	58	MINIVELLE PTTW (Use estradiol) .	61	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____	55
MICARDIS (Use telmisartan) _____	25	minocycline hcl CAPS _____	94	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____	55
MICARDIS HCT (Use telmisartan- hydrochlorothiazide) _____	26	minoxidil 10 MG _____	27	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	55
MICATIN CREA (Use miconazole		minoxidil 2.5 MG _____	27		
		MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350) _____	67		

MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED _____	55	mometasone furoate CREA _____	52	MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate) _____	6
mirtazapine TABS 15 MG _____	14	mometasone furoate OINT _____	52	MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) _____	47
mirtazapine TABS 30 MG _____	14	mometasone furoate SOLN _____	52	MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) _____	47
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG _____	14	MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) _____	98	MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) _____	47
mirtazapine TBDP 15 MG _____	14	MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	99	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin) _____	48
mirtazapine TBDP 30 MG _____	14	MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	99	MUCINEX TB12 (Use guaifenesin) _____	48
mirtazapine TBDP 45 MG _____	14	MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use hydrocortisone vaginal) _____	99	MULPLETA _____	65
misoprostol _____	96	MONJUVI _____	30	MULTI VITAMIN TABS _____	80
mitoxantrone hcl 2 MG/ML _____	32	MONOVISC _____	83	MULTI VITAMIN/D-3 TABS _____	80
MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	69	montelukast sodium CHEW _____	10	multiple vitamin TABS _____	80
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	57	montelukast sodium PACK _____	10	multiple vitamins w/ iron TABS _____	80
M-M-R II SOLR _____	97	montelukast sodium TABS _____	10	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____	80
MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____	97	morphine sulfate SOLN OR 10 MG/0.5ML, 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	80
MODERNA COVID-19 VACCINE, BIVALENT ORIGINAL AND OMICRON _____	97	morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-0.25 MG-15 UNIT, 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-1 MG-15 UNIT _____	81
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP _____	97	morphine sulfate SUPP _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-0.5 MG-15 UNIT _____	81
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6MO-5Y _____	97	morphine sulfate TABS _____	6	MULTIVITAMIN ADULT TABS _____	80
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5 _____	97	morphine sulfate TBCR _____	6	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR _____	82
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-5Y SUSP _____	97	MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER _____	
MODERNA COVID-19 VACCINE6-11Y SUSP _____	97	MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen) _____	4		
MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP _____	97	MOUTH KOTE REMINT SOLN _____	80		
MOI-STIR SOLN _____	80	MOUTH KOTE SOLN _____	80		
molindone hcl _____	37	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP _____	86		
		MOZOBIL (Use plerixafor) _____	66		

SOLN OR _____	82	MYCOBUTIN (Use rifabutin)_____	29	(Use memantine hcl)_____	92
MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG _____	80	mycophenolate mofetil CAPS _____	78	naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %	87
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN . 82		mycophenolate mofetil SUSR _____	78	NAPROSYN SUSP (Use naproxen)	4
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-1.2 MG-10 MCG-6.75 MG-750 MCG-4.5 MCG-0.5 MG, 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-4.5 MCG-1.2 MG-2500 UNIT- 400 UNIT-15 UNIT-0.5 MG _____	81	mycophenolate mofetil TABS _____	78	NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____	4
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW _____	81	mycophenolate sodium _____	78	naproxen sodium TABS 220 MG ____	4
MULTI-VIT-FLOR CHEW 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG- 10 MG-0.25 MG-600 MCG-4.5 MCG- 230 MCG, 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG-10 MG-1 MG- 600 MCG-4.5 MCG-230 MCG _____	81	MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide)_____	86	naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	4
MULTI-VIT-FLOR CHEW 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG- 10 MG-0.5 MG-600 MCG-4.5 MCG- 230 MCG _____	81	MYFORTIC (Use mycophenolate sodium) _____	78	naproxen SUSP _____	4
mupirocin calcium (topical) _____	49	MYLERAN TABS _____	29	naproxen TABS _____	4
mupirocin OINT _____	49	MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP (Use simethicone) . 62		naratriptan hcl _____	76
MVASI _____	30	MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____	62	NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) . 21	
MX-SOL BLEND SF SUSP _____	90	MYLOTARG _____	30	NARDIL (Use phenelzine sulfate) .15	
MX-SOL BLEND SUSP _____	90	MYSOLINE (Use primidone)_____	13	NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))	84
MX-SOL SF SYRP _____	90	NABI-HB SOLN IM _____	89	NASACORT ALLERGY 24HR CHILDRENS AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))__	84
MX-SOL SUSPEND SUSP _____	91	nabumetone _____	4	NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal))_____	83
MX-SOL SYRP _____	91	nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	41	nateglinide _____	20
MYALEPT _____	60	NAGLAZYME _____	60	NATPARA _____	59
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	28	NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____	4	NATROBA (Use spinosad) _____	54
		naloxone hcl LIQD _____	21	NATURAL FIBER LAXATIVE POWD . 67	
		naloxone hcl SOCT _____	21	NAYZILAM _____	12
		naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____	21	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC _____	73
		naloxone hcl SOSY _____	21	NEBULIZER MASK ADULT MISC .73	
		naltrexone hcl _____	21	NEBULIZER MASK CHILD MISC .73	
		NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____	92	nefazodone hcl _____	16
		NAMENDA TITRATION PAK TABS			

NEOMULTIVITE TABS _____	80	NEURONTIN SOLN (Use gabapentin) _____	13	NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	93
neomycin sulfate TABS _____	2	NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin) _____	13	NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	93
neomycin-bacitracin zn-polymyxin	86	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	13	NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____	93
neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .	49	NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract) _____	55	nicotine MISC XX _____	93
neomycin-polymy-dexameth OINT	87	nevirapine SUSP _____	38	nicotine polacrilex GUM _____	93
neomycin-polymy-dexameth SUSP .	87	nevirapine TABS _____	38	nicotine polacrilex LOZG _____	93
neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	49	nevirapine TB24 100 MG _____	38	nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____	93
neomycin-polymyxin-gramicidin _____	86	nevirapine TB24 400 MG _____	38	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT _____	93
neomycin-polymyxin-hc (ophth) _____	87	NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) .	33	NICOTROL INHALER INHA _____	93
neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN .	89	NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96	NICOTROL NS SOLN _____	93
neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP .	89	NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96	nifedipine CAPS _____	42
NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) _____	4	NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	96	nifedipine TB24 30 MG, 90 MG _____	42
NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	78	NEXVIAZYME _____	60	nifedipine TB24 60 MG _____	42
NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	78	niacin (antihyperlipidemic) TABS _____	24	NINLARO _____	33
NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) _____	49	niacin (antihyperlipidemic) TBCR .	24	nitisinone CAPS _____	60
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) .	49	niacin CPCR 250 MG, 500 MG _____	100	NITRO-BID OINT _____	9
NERLYNX _____	33	niacin TABS 500 MG _____	100	NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin) _____	9
NESINA (Use alogliptin benzoate) .	19	niacin TBCR _____	100	nitrofurantoin _____	28
NEUPOGEN SOLN _____	65	NIACIN TR TBCR _____	100	nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG _____	28
NEUPOGEN SOSY _____	65	NIASPAN TBCR (Use niacin (antihyperlipidemic)) _____	24	nitrofurantoin monohyd macro _____	28
NEURONTIN CAPS (Use gabapentin) _____	13	nicardipine hcl CAPS _____	42	nitroglycerin CPCR _____	9
		NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____	93	nitroglycerin PT24 _____	9
		NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____	93	nitroglycerin SUBL _____	9
				NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____	9
				NITYR TABS _____	60

NIVA THYROID TABS _____	94	desipramine hcl) _____	17	FLEXPEN RELION SUPN _____	20
NIVESTYM SOLN _____	65	NORTHERA (Use droxidopa) _____	99	NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP _____	20
NIVESTYM SOSY _____	65	nortriptyline hcl CAPS _____	17	NOVOLOG MIX 70/30 SUSP _____	20
NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	54	nortriptyline hcl SOLN _____	17	NOVOLOG PENFILL SOCT _____	20
NIZORAL SHAM _____	50	NORVASC TABS (Use amlodipine besylate) _____	42	NOVOLOG RELION SOLN IJ _____	20
NORDITROPIN FLEXPEN SOPN _____	59	NORVIR SOLN _____	38	NOVOLOG SOLN IJ _____	20
norelgestromin-ethinyl estradiol _____	44	NORVIR TABS (Use ritonavir) _____	38	NOVOSEVEN RT _____	64
norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	44	NOSE CLIP MISC _____	73	NP THYROID 120 TABS _____	94
norethindrone & eth estradiol _____	44	NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS _____	57	NP THYROID 15 TABS _____	94
norethindrone & ethinyl estradiol-fe 44	44	NOVACHOR _____	55	NP THYROID 30 TABS _____	94
norethindrone (contraceptive) _____	45	NOVAREL IM 5000 UNIT _____	59	NP THYROID 60 TABS _____	94
norethindrone acet & eth estra _____	44	NOVAVAX COVID-19 VACCINE _____	97	NP THYROID 90 TABS _____	94
norethindrone acetate TABS _____	91	NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 _____	97	NUBEQA _____	31
norethindrone acetate-ethinyl estradiol _____	61	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	19	NULIBRY _____	60
norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe _____	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN _____	20	NULOJIX _____	78
norethindrone-eth estradiol (triphasic)	44	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _____	20	NULYTELY (Use peg 3350- potassium chloride-sod bicarbonate- sod chloride) _____	67
norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	44	NOVOLIN 70/30 SUSP _____	20	NUMOISYN LIQD _____	80
norgestimate-ethinyl estradiol _____	44	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN _____	20	NUPLAZID CAPS _____	36
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	44	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _____	20	NUPLAZID TABS 10 MG _____	36
NORPACE CAPS (Use disopyramide phosphate) _____	10	NOVOLIN N RELION SUSP _____	20	NUVARING (Use etonogestrel- ethinyl estradiol) _____	44
NORPACE CR CP12 150 MG _____	9	NOVOLIN N SUSP _____	20	NUWIQ KIT _____	64
NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl) _____	17	NOVOLIN R RELION SOLN IJ _____	20	NUWIQ SOLR _____	64
NORPRAMIN TABS 25 MG (Use		NOVOLIN R SOLN IJ _____	20	nystatin (mouth-throat) _____	79
		NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN _____	20	nystatin (topical) CREA _____	50
		NOVOLOG FLEXPEN SOPN _____	20	nystatin (topical) OINT _____	50
		NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED		nystatin (topical) POWD EX _____	50
				nystatin TABS _____	22

nystatin-triamcinolone CREA _____	50	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	73	ONETOUCH ULTRA STRP _____	57
nystatin-triamcinolone OINT _____	50	omega-3 fatty acids CAPS _____	85	ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70
NYVEPRIA _____	65	omega-3 fatty acids CPDR _____	85	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT .	70
OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX FENESTRATED _____	55	OMEPRAZOLE _____	44	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP _____	57
OASIS WOUND MATRIX _____	55	OMEPRAZOLE 20MG TABLET _____	96	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MOUTHPIECE/DISPO SABLE MISC _____	73
OBIZUR _____	64	omeprazole CPDR _____	96	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC .	73
OICALIVA _____	62	omeprazole magnesium TBEC _____	96	ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _	19
OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML _____	89	OMNICAP TABS _____	81	ONPATTRO _____	93
OCTAGAM SOLN _____	89	ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF- TEST KIT _____	57	ONUREG TABS _____	30
octreotide acetate SOLN _____	61	ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	57	OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine) _____	87
OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth)) .	87	ONCASPAR _____	34	OPDIVO _____	30
ODEFSEY _____	38	ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML _____	21	OPDUALAG _____	32
ODOMZO _____	31	ondansetron hcl TABS 24 MG _____	21	OPILL _____	45
OFEV _____	94	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG .	21	ORA-BLEND SF SUSP _____	91
OFF DEEP WOODS AERO _____	54	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG .	21	ORA-BLEND SUSP _____	91
OFF DEEP WOODS DRY AERO .	54	ondansetron TBDP _____	21	oral electrolytes SOLN _____	77
OFIRMEV SOLN IV (Use acetaminophen) _____	5	ONE DAILY ESSENTIAL TABS _____	81	ORAL MIX FLAVORED SUSPENDING VEHICLE SUSP ____	91
ofloxacin (ophth) _____	87	ONE FLOW TESTER TUBE MOUTHPIECE MISC _____	73	ORAL MIX SF SUSP _____	91
ofloxacin (otic) _____	88	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	81	ORAL RELIEF SPRAY FOR DRY MOUTH & DISCOMFORT SOLN _____	80
ofloxacin 400 MG _____	62	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	81	ORAL SUSPEND LIQD _____	91
OGIVRI _____	31	ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	81	ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE SYRP _____	91
olanzapine TABS 15 MG, 20 MG .	36	ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT .	69		
olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG ____	36	ONETOUCH SOLUTIONS RX STARTER KIT KIT _____	69		
olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG .	36	ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	69		
olmesartan medoxomil _____	25				
olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide _____	26				
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide _____	26				

ORAL SYRUP SF SYRP _____	91	OTEZLA TBPK _____	4	OXYCONTIN T12A _____	7
ORAPENN SD ANHYDROUS SWEETENED LIQD _____	91	OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3	oyster shell _____	77
ORAPENN SD ANHYDROUS UNSWEETENED LIQD _____	91	OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	51	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS . 77	
ORA-PLUS LIQD _____	91	OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	51	OZURDEX IMPL _____	87
ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	91	OVIDE (Use malathion) _____	54	paclitaxel protein-bound particles ..	35
ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 % . 91		OVIDREL INJ _____	59	PACLITAXEL PROTEIN- BOUND PARTICLES _____	35
ORENCIA CLICKJECT SOAJ _____	5	OXAYDO TABS 5 MG _____	6	PADCEV _____	30
ORENCIA SOLR _____	5	oxazepam CAPS _____	9	PALYNZIQ _____	60
ORENCIA SOSY _____	5	OXBRYTA TABS 500 MG _____	65	PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl) _____	17
ORENITRAM TBCR _____	42	OXBRYTA TBSO _____	65	pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML _____	59
ORFADIN CAPS (Use nitisinone) .	60	oxcarbazepine SUSP _____	13	PAMIDRONATE DISODIUM SOLN . 59	
ORFADIN SUSP _____	60	oxcarbazepine TABS _____	13	PANDA MASK LARGE _____	73
ORGOVYX _____	32	OXLUMO _____	63	PANDA MASK MEDIUM _____	73
ORKAMBI PACK _____	94	oxybutynin chloride TABS _____	96	PANDA MASK SMALL _____	73
ORKAMBI TABS _____	94	oxybutynin chloride TB24 _____	96	PANHEMATIN 350 MG _____	64
ORLADEYO _____	64	oxycodone hcl CAPS _____	6	pantoprazole sodium TBEC 20 MG . 96	
orphenadrine citrate TB12 _____	83	oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML	6	pantoprazole sodium TBEC 40 MG . 96	
ORTHOVISC _____	83	oxycodone hcl SOLN _____	6	PANZYGA _____	89
oseltamivir phosphate CAPS 30 MG . 40		oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG _____	6	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC _____	73
oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG _____	40	oxycodone hcl TABS 30 MG _____	7	PARI BABY CONVERSION KITSIZE 1 MISC _____	73
oseltamivir phosphate SUSP _____	40	oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG _____	6	PARI BABY CONVERSION KITSIZE 2 MISC _____	73
OSENI (Use alogliptin-pioglitazone) . 17		oxycodone w/ acetaminophen SOLN . 7		PARI BABY CONVERSION KITSIZE 3 MISC _____	73
OSENI _____	17	oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	PARI ERAPID NEBULIZER	
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS _____	55				
OTEZLA TABS _____	4				

HANDSET MISC _____	73	paroxetine hcl) _____	16	pediatric multivitamins w/fl CHEW	81
PARI EXPIRATORY FILTER VALVE SET DEVI _____	73	PAXLOVID 100 MG-150 MG _____	39	pediatric multivitamins w/fl SOLN	82
PARI MASK SET MISC _____	73	pazopanib hcl _____	33	PEDIATRIC PANDA MASK _____	74
PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC _____	73	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____	82	pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN _____	82
PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC _____	73	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN _____	82	PEDVAX HIB SUSP _____	97
PARI SOFT PLASTIC PEDIATRIC MASK MISC _____	73	PCCA SWEET-SF SYRP _____	91	peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR _____	67
PARI VORTEX ADULT MASK _____	74	PCCA SYRUP VEHICLE SYRP _____	91	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride _____	67
paricalcitol SOLN _____	60	PCCA-PLUS SUSP _____	91	PEGASYS SOLN _____	40
PARLODEL CAPS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK A-I-R FLOW METER _____	74	PEG-PREP _____	67
PARLODEL TABS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK AIR PEAK FLOW METERADULT/PEDIATRIC _____	74	PEMAZYRE _____	33
PARNATE (Use tranylcypromine sulfate) _____	15	ped multivitamins w/fl & iron SOLN	81	PEMETREXED 500 MG/20ML _____	30
paroxetine hcl SUSP _____	16	PEDIA-LAX SUPP (Use glycerin (laxative)) _____	67	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30
paroxetine hcl TABS 10 MG _____	16	PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (Use oral electrolytes) _____	77	PEMFEXY _____	30
paroxetine hcl TABS 20 MG _____	16	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____	77	PEN NEEDLES 30GX5MM _____	70
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG . 16		PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____	77	PEN NEEDLES 31G X 8MM _____	70
paroxetine hcl TB24 _____	16	PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	77	PEN NEEDLES 31GX5MM _____	70
PARSABIV _____	60	PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate) _____	45	PEN NEEDLES 31GX8MM _____	70
PARVA-CAL _____	77	PEDIARIX SUSY _____	94	PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	70
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)	16	PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTPIECE MISC _____	74	PENBRAYA _____	97
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl) .16		PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC .	74	penicillamine TABS _____	78
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl) _____	16	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	penicillin v potassium SOLR _____	90
PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl) _____	16			penicillin v potassium TABS _____	90
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use				PENTACEL _____	94
				pentoxifylline _____	64
				PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____	95
				PEPCID AC TABS 10 MG (Use	

famotidine) _____	95	19VACCINE/ADULT RTU SUSP ___	98	phenytoin sodium SOLN_____	14
PEPCID AC TABS 20 MG (Use famotidine) _____	95	PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/5-11Y ___	98	phenytoin SUSP _____	14
PEPCID TABS (Use famotidine) __	95	PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/6M-4Y ___	98	PHESGO _____	32
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5 .	98	PHOTOFRIN _____	34
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate) 20		PFLEX MISC _____	74	PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT _____	87
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	20	PH 12 STERILE DILUENT FORFLOLAN _____	91	phytonadione TABS 5 MG _____	100
PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) _____	7	PHARMACIST CHOICE NEBULIZER/CPAP/INHALER CHAMBER MASK WIPES MISC__	74	PIFELTRO _____	38
PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____	79	phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG _____	63	PIKO 1 ELECTRONIC _____	74
PERJETA _____	31	phenelzine sulfate _____	15	PILLOW MASK/ADULT MISC ___	74
permethrin CREA _____	54	phenobarbital ELIX _____	66	PILLOW MASK/CHILD MISC ____	74
permethrin LIQD EX _____	54	phenobarbital TABS _____	66	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	74
perphenazine TABS _____	37	phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	86	pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	80
perphenazine-amitriptyline _____	92	phenylephrine hcl (oral) TABS ____	84	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % ...	86
PERSERIS PRSY _____	36	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML .	47	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	57
PERSONAL BEST FULL RANGE .	74	phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	47	pimecrolimus _____	53
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE SUSP _____	98	phenylephrine-dm SOLN _____	47	pindolol TABS _____	41
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/5-11Y SUSP _____	98	phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____	8	pioglitazone hcl _____	20
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP .	97	phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____	8	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS .	17
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/6MO-4Y SUSP _____	98	phenytoin CHEW _____	14	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	57
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	98	phenytoin sodium extended 100 MG .	14	PIQRAY 200MG DAILY DOSE ___	33
PFIZER-BIONTECH COVID-				PIQRAY 250MG DAILY DOSE ___	33
				PIQRAY 300MG DAILY DOSE ___	33
				pirfenidone CAPS _____	94
				pirfenidone TABS _____	94
				piroxicam CAPS _____	4
				PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ___	45

PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	28	POLY-VI-SOL SOLN OR _____	82	prasugrel hcl _____	65
PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	65	POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____	82	pravastatin sodium _____	24
PLEGRIDY SOPN _____	93	POLY-VITA SOLN OR _____	82	prazosin hcl CAPS _____	25
PLEGRIDY SOSY IM _____	93	POLY-VITA/IRON SOLN _____	82	PRECISION XTRA _____	57
PLEGRIDY STARTER PACK SOPN . 93		POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR 82		PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____	87
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC _____	93	POLY-VITE/IRON SOLN _____	82	PRED MILD _____	87
PLENITY _____	1	POMALYST _____	32	PRED-G SUSP _____	87
PLENITY WELCOME KIT _____	1	PORTRAZZA _____	31	prednisolone acetate (ophth) ____	87
plerixafor _____	66	pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic ____	77	PREDNISOLONE ACETATE P-F .88	
PNEUMOVAX 23 _____	97	potassium bicarbonate TBEF ____	77	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____	88
PNEUMOVAX 23/1 DOSE _____	97	potassium chloride CPCR 10 MEQ 77		prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML _____	45
POCKET PEAK FLOW METER __	74	potassium chloride CPCR 8 MEQ .77		prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML _____	45
POCKETPEAK PEAK FLOW METER LOW RANGE _____	74	potassium chloride microencapsulated crystals er _____	77	prednisolone SOLN _____	45
POCKETPEAK PEAK FLOW METER/UNIVERSAL RANGE 50-720 LPM _____	74	potassium chloride PACK OR 20 MEQ _____	77	prednisolone TABS _____	45
podofilox SOLN _____	53	potassium chloride SOLN OR 10 %, 20 % _____	78	PREDNISONE INTENSOL CONC .45	
POLIVY _____	30	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ _____	78	prednisone SOLN _____	45
POLYCOSE LIQD _____	85	potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG ____	63	prednisone TABS _____	45
POLYCOSE POWD _____	85	POTELIGEO _____	30	prednisone TBPK _____	45
polyethylene glycol 3350 POWD __	67	PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate) _____	12	PREFERRED PLUS GLUCOSE__	18
polymyxin b-trimethoprim _____	87	PRADAXA CAPS _____	12	PREGNYL IM _____	59
polysaccharide iron complex CAPS 150 MG _____	66	pralatrexate _____	30	PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NAACL IM ____	59
POLYTRIM (Use polymyxin b-trimethoprim) _____	87	PRALUENT SOAJ _____	24	PREHEVBRIO _____	98
POLY-VI-FLOR CHEW _____	82	pramipexole dihydrochloride TABS 35		PREMARIN _____	99
polyvinyl alcohol 1.4 % _____	85			PREMARIN TABS _____	61
				PREMPHASE _____	61
				PREMPRO _____	61

PRENATAL VITAMINS-MISC _____	82	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate) _____	28	PROLIA SOSY _____	59
PREVACID 24HR CPDR (Use lansoprazole) _____	96	primaquine phosphate TABS _____	28	promethazine & phenylephrine SYRP	47
PREVACID CPDR 30 MG (Use lansoprazole) _____	96	primidone _____	13	PROMETHAZINE HCL POWD ____	44
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	79	PRIORIX SUSR _____	98	promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML _____	23
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental)) 79		PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17	promethazine hcl SUPP _____	23
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	79	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17	promethazine hcl TABS _____	23
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	79	PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML _____	89	promethazine w/codeine SOLN ____	47
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____	79	PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML _____	89	promethazine w/codeine SYRP ____	47
PREVIDENT FLUORIDE GEL (Use sodium fluoride (dental)) _____	79	PROAIR HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	11	promethazine-dm SYRP _____	47
PREVNAR 13 _____	97	PROAIR RESPICLICK AEPB ____	11	promethazine-phenylephrine-codeine	47
PREVNAR 20 _____	97	probenecid _____	63	PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone) _____	92
PREVYMIS SOLN _____	39	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine) _____	42	PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone) _____	92
PREVYMIS TABS _____	40	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine) _____	42	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	74
PREZCOBIX _____	39	prochlorperazine _____	37	propafenone hcl TABS	10
PREZISTA SUSP _____	39	prochlorperazine maleate TABS ____	37	propranolol hcl CP24	41
PREZISTA TABS 150 MG _____	39	PROCRIT _____	65	propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML _____	41
PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____	39	PROCYSBI CPDR _____	63	propranolol hcl TABS _____	41
PREZISTA TABS 75 MG _____	39	PROCYSBI PACK _____	63	propylthiouracil _____	94
PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____	39	PROFILNINE _____	64	PROQUAD SUSR _____	98
PRIALT _____	5	progesterone CAPS 100 MG _____	91	PROSCAR (Use finasteride) ____	63
PRILOSEC OTC TBEC (Use omeprazole magnesium) _____	96	progesterone CAPS 200 MG _____	91	PROTEXT SUSP 0.25 ML, 0.5 ML, 1 ML _____	56
		PROGRAF CAPS (Use tacrolimus) 78		PROTEXT SUSP 2 ML _____	55
		PROGRAF PACK _____	78	PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96
		PROLASTIN-C SOLN _____	93	PROTONIX TBEC 40 MG (Use	
		PROLEUKIN _____	34		

pantoprazole sodium) _____ 96	METER ADULT _____ 74	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____ 48
PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 11	PURE COMFORT PEAK FLOW METER CHILD _____ 74	QINLOCK _____ 33
PROVERA (Use medroxyprogesterone acetate) ____ 92	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM _____ 70	QUADRACEL SUSP _____ 94
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 16	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____ 70	QUADRACEL SUSY _____ 94
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 16	PURIXAN SUSP _____ 30	QUARTETTE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____ 44
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 47	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48	QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light) _____ 23
pseudoephedrine hcl TABS _____ 84	PX GLUCOSE _____ 18	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____ 23
pseudoephedrine hcl TB12 _____ 84	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48	QUESTRAN POWD (Use cholestyramine) _____ 23
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .47	pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML . 9	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____ 36
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____ 48	pyrazinamide _____ 29	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____ 36
pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG _____ 48	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 54	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____ 36
pseudoephedrine-ibuprofen TABS 48	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % ____ 54	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.25 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG, 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG _____ 82
psyllium CAPS 0.52 GM _____ 67	pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %54	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG _____ 82
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 %67	PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl) _____ 63	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1200 UNIT-15 MG-0.5 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG _____ 82
psyllium POWD 43 % _____ 67	pyridostigmine bromide TABS 60 MG .....28	QUFLORA PEDIATRIC SOLN ____ 82
PTS PANELS EGLU STRP _____ 57	pyridostigmine bromide TBCR .....28	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____ 57
PTS PANELS KETONE TEST ____ 57	pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____ 100	quinapril hcl _____ 24
PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____ 10	pyrimethamine _____ 28	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5
PULMOZYME _____ 94	PYRUKYND TABS _____ 65	
PURAPLY 2CM X 4CM _____ 56	PYRUKYND TAPER PACK TBPK .65	
PURAPLY 5CM X 5 CM _____ 56	QC CALCIUM 500MG/D3 TABS ____ 77	
PURAPLY 6CM X 9CM _____ 56		
PURE COMFORT PEAK FLOW		

MG-10 MG _____	26	REBIF REBIDOSE SOAJ _____	93	mirtazapine) _____	15
quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG _____	26	REBIF REBIDOSE TITRATIONPACK SOAJ _____	93	REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine) _____	15
quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG- 20 MG _____	26	REBIF SOSY _____	93	REMICADE _____	62
quinidine gluconate TBCR _____	10	REBIF TITRATION PACK SOSY .	93	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS _____	2
quinidine sulfate TABS _____	10	REBINYN _____	64	RENFLEXIS _____	62
QUINTABS TABS _____	81	RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____	59	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____	24
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT .	10	RECOMBINATE SOLR _____	64	REPATHA SOSY _____	24
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT .	10	RECOMBIVAX HB SUSP _____	98	REPATHA SURECLICK SOAJ ____	24
RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA 54		RECOMBIVAX HB SUSY _____	98	REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	54
RA DRY MOUTH SOLN _____	80	RECORLEV _____	58	REPLACEMENT AIR FILTER MISC ...	74
RA GLUCOSE _____	18	REDITREX SOSY _____	3	REPLACEMENT FILTERS MISC .	74
RABAVERT _____	98	REGLAN TABS (Use metoclopramide hcl) _____	62	RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____	67
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP _____	84	RELENZA DISKHALER _____	40	RETACRIT _____	65
RADICAVA ORS SUSP _____	84	RELEUKO SOLN _____	65	RETEVMO _____	33
RADICAVA SOLN _____	84	RELEUKO SOSY _____	65	RETHYMIC _____	78
raloxifene hcl _____	59	RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	RETIN-A CREA (Use tretinoin) ____	49
ramipril CAPS _____	25	RELEXXII TBCR 36 MG _____	2	RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) .	49
RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus) 78		RELION GLUCOSE _____	18	RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin) _____	49
RAPAMUNE TABS (Use sirolimus) 78		RELION KETONE TEST STRIPS STRP _____	57	RETISERT _____	87
RAPID SARS-COV-2 ANTIGENTEST CARD KIT _____	57	RELPAK (Use eletriptan hydrobromide) _____	76	RETROVIR CAPS (Use zidovudine) ...	39
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 _____	3	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine) _____	15	RETROVIR SYRP (Use zidovudine) .	39
RAZADYNE ER CP24 (Use galantamine hydrobromide) _____	92	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine) _____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/LARGE/AEROECLIPSE MISC	74
		REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine) _____	15	REUSABLE COMFORTSEAL	
		REMERON TABS 15 MG (Use			

MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC _____	74	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP__	57	ROBINUL FORTE TABS (Use glycopyrrolate) _____	95
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/SMALL/AEROECLIPSE MISC	74	RILUTEK TABS (Use riluzole) ____	84	ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate)	95
REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension))	. 43	riluzole TABS _____	84	ROCALTROL CAPS (Use calcitriol) 60	
REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension))	. 43	RINVOQ 30 MG, 45 MG _____	3	roflumilast _____	10
REVATIO TABS (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension))	. 43	risedronate sodium TABS 35 MG .	59	ROMIDEPSIN SOLN _____	33
REVCIVI _____	60	risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG _____	59	romidepsin SOLR _____	33
REVLIMID _____	78	risedronate sodium TBEC _____	59	ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____	35
REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____	39	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____	36	ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____	35
REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____	39	RISPERDAL SOLN (Use risperidone)	36	rosuvastatin calcium TABS _____	24
REYATAZ PACK _____	39	RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone) 36		ROTARIX SUSP _____	98
REZUROCK _____	78	risperidone microspheres _____	36	ROTARIX SUSR _____	98
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____	89	risperidone SOLN _____	36	ROTATEQ SOLN _____	98
RHOPHYLAC SOSY IJ _____	89	risperidone TABS _____	36	ROUGH REDROOT PIGWEED POLLEN EXTRACT _____	2
RIABNI _____	30	risperidone TBDP _____	36	ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl) _____	7
RIASTAP _____	64	RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROXICODONE TABS 5 MG, 15 MG (Use oxycodone hcl) _____	7
ribavirin (hepatitis c) CAPS _____	40	RITALIN TABS 5 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROZLYTREK CAPS _____	33
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG 40		ritonavir TABS _____	39	RUBRACA _____	33
riboflavin TABS _____	100	RITUXAN _____	30	RUCONEST _____	64
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____	54	RITUXAN HYCELA _____	32	rufinamide SUSP _____	13
rifabutin _____	29	rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____	92	rufinamide TABS _____	13
rifampin CAPS _____	29	rivastigmine tartrate CAPS _____	92	RUKOBIA _____	39
RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	RIXUBIS SOLR _____	64	RUXIENCE _____	30
		rizatriptan benzoate TABS _____	76	RYDAPT _____	33
		rizatriptan benzoate TBDP _____	76	RYLAZE _____	34
				RYPLAZIM _____	65

SABRIL PACK (Use vigabatrin) ___	14	saxagliptin-metformin hcl _____	17	sennosides TABS 8.6 MG _____	68
SABRIL TABS (Use vigabatrin) ___	14	SCEMBLIX _____	33	sennosides-docusate sodium TABS .	67
SAIZEN IJ _____	59	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	54	SENOKOT S TABS (Use	sennosides-docusate sodium) ___
SAIZENPREP		SCOT-TUSSIN DM LIQD _____	48	SENOKOT TABS (Use sennosides) .	68
RECONSTITUTIONKIT IJ _____	59	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD _____	48	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _	60
SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl	(oral)) _____	SEASONIQUE (Use levonorgestrel-	ethinyl estradiol (91-day)) _____	44	SEREVENT DISKUS _____
salicylic acid GEL 6 % _____	53	SEGLUROMET _____	17	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG	(Use quetiapine fumarate) _____
SALINE NASAL SPRAY 0.65% ___	83	selegiline hcl CAPS _____	35	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG	(Use quetiapine fumarate) _____
salsalate _____	6	selegiline hcl TABS _____	35	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG	(Use quetiapine fumarate) _____
SAMI THE SEAL		selenium sulfide LOTN 1 % _____	51	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG .	59
REPLACEMENTFILTERS MISC ___	74	selenium sulfide LOTN 2.5 % _____	51	sertraline hcl CONC _____	16
SAMSCA TABS (Use tolvaptan) ___	61	selenium sulfide SHAM 1 % _____	51	sertraline hcl TABS 100 MG _____	16
SANDIMMUNE CAPS (Use	cyclosporine) _____	SELSUN BLUE CARE MENS	MAXIMUM STRENGTH LOTN (Use	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG .	16
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	(Use cyclosporine) _____	51	selenium sulfide) _____	SEVENFACT _____	64
SANDIMMUNE SOLN OR _____	79	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use	selenium sulfide) _____	SFROWASA ENEM _____	62
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT .	61	51	selenium sulfide) _____	SHINGRIX _____	98
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML,	100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium	sulfide) _____	SIDESTREAM ADULT FACE MASK	MISC _____
octreotide acetate) _____	61	51	sulfide) _____	74	SIDESTREAM PEDIATRIC
SAPHNELO _____	79	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN	(Use selenium sulfide) _____	74	FACEMASK MISC _____
sapropterin dihydrochloride PACK .	60	51	sulfide) _____	SIDESTREAM PEDIATRIC	FACEMASK/SAMI THE SEAL MISC .
sapropterin dihydrochloride TABS .	60	SELSUN BLUE MOISTURIZING	LOTN (Use selenium sulfide) _____	74	74
SARNA LOTN (Use camphor &	menthol) _____	39	SELZENTRY SOLN _____	SIDESTREAM PEDIATRIC	FACEMASK/TUCKER THE TURTLE
50		39	SELZENTRY TABS 150 MG (Use	74	MISC _____
SAVELLA TABS _____	92	39	maraviroc) _____	SIDESTREAM PLUS ADULT FACE	
SAVELLA TITRATION PACK MISC .	92	39	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG .		
SAWYER INSECT REPELLENT	CONTROLLED RELEASE LOTN .	20	SEMGLLEE SOLN _____		
54		20	SEMGLLEE SOPN _____		
saxagliptin hcl _____	19				

MASK MISC _____	74	SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa- levodopa) _____	35	sodium fluoride (dental) PSTE DT .	79
SIGNIFOR _____	61	SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium) _____	10	sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG _____	77
SIGNIFOR LAR _____	61	SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium) _____	10	sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML _____	77
SIKLOS TABS _____	65	SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium) _____	10	SODIUM OXYBATE SOLN _____	92
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	43	sirolimus SOLN _____	79	sodium phenylbutyrate POWD ____	60
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	43	sirolimus TABS _____	79	sodium phenylbutyrate TABS ____	60
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS _____	43	SIVEXTRO TABS _____	28	sodium phosphates ENEM _____	68
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC _____	75	SKYRIZI PEN SOAJ _____	51	sodium polystyrene sulfonate POWD 79	
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/INFANT MISC _____	75	SKYRIZI PSKT _____	51	sodium polystyrene sulfonate SUSP OR 15 GM/60ML _____	79
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC ____	75	SKYRIZI SOSY _____	51	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR TABS	40
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC _____	75	SKYTROFA _____	59	SOF-SENSOR _____	70
SILIQ _____	51	SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) .	100	SOLESTA _____	78
SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	51	SM GLUCOSE _____	18	SOLQUA 100/33 _____	17
silver sulfadiazine _____	51	SM GLUCOSE CHEW _____	18	SOMAVERT _____	59
simethicone CHEW 80 MG _____	62	SM IPECAC SYRUP _____	21	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____	75
simethicone LIQD OR 20 MG/0.3ML . 62		SMART SENSE GLUCOSE _____	18	SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP MISC _____	75
simethicone SUSP _____	62	SMART SENSE GLUCOSE TABLETS _____	18	SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC _____	75
SIMPLYTHICK _____	90	SOANZ TABS 20 MG _____	58	SOOTHENEB NBL100 ADULT MASK MISC _____	75
SIMPLYTHICK EASY MIX _____	90	sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG _____	8	sorafenib tosylate _____	33
SIMPLYTHICK EASYMIX _____	90	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	63	SORBITOL OR 70 % _____	67
simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	24	sodium chloride (inhalant) AERS ____	48	SORREL/DOCK MIX EXTRACT IJ .	2
		sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	48	SOSWEET SYRP _____	91
		sodium citrate & citric acid _____	63	sotalol hcl (afib/af) _____	41
		sodium fluoride (dental) CREA ____	79	sotalol hcl TABS 240 MG _____	41
		sodium fluoride (dental) GEL _____	79		

sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG _____	41	STEGLATRO _____	20	sulfacetamide sodium (ophth) OINT	87
SOVALDI TABS _____	40	STELARA 130 MG/26ML _____	62	sulfacetamide sodium (ophth) SOLN .	87
SOVUNA 200 MG _____	28	STELARA SOSY _____	51	sulfacetamide sodium LIQD _____	51
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____	75	STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent)	91	sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 % _____	49
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____	75	STIMATE SOLN NA _____	61	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____	49
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC _____	75	STIVARGA _____	33	sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____	88
SPEEDY SWAB RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT _____	57	STRATTERA (Use atomoxetine hcl) .	1	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	27
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____	98	STRENSIQ _____	60	.....	27
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP _____	98	STRIBILD _____	39	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	27
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSY _____	98	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW METER _____	75	.....	27
spinosad _____	55	SUBLOCADE SOSY _____	8	sulfasalazine TABS	62
SPINRAZA _____	84	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulfasalazine TBEC	62
SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate) .	10	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulindac TABS	4
spironolactone & hydrochlorothiazide	58	sucralfate SUSP _____	95	sumatriptan	76
.....	58	sucralfate TABS _____	95	sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____	76
spironolactone TABS	58	SUDAFED CHILDRENS LIQD _____	84	sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____	76
SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	22	SUDAFED CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) _____	84	sumatriptan succinate TABS _____	76
SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole) _____	22	SUDAFED PE CHILDRENS NASAL DECONGESTANT SOLN _____	84	sunitinib malate _____	33
SPRAVATO 56MG DOSE _____	15	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral)) _____	84	SUPARTZ FX SOSY _____	83
SPRAVATO 84MG DOSE _____	15	SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) .	84	SUPER BI-MIX SOLR _____	42
SPRYCEL _____	33	sulfacetamide sodium (acne) _____	49	SUPER TRI-MIX SOLR _____	42
STAMARIL SUSR _____	98			SUPPRELIN LA _____	60
stavudine CAPS _____	39			SUPRAX CAPS (Use cefixime) _____	44
				SURE COMFORT PEN	
				NEEDLES31GX3/16" (5MM) _____	71

SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX5/16" (8MM) _____	71	SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium) _____	94	oseltamivir phosphate) _____	40
SURE COMFORT PEN NEEDLES32GX5/32" (4MM) _____	71	SYNVISC ONE SOSY _____	83	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	40
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP 91		SYNVISC SOSY _____	83	tamoxifen citrate TABS _____	32
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/SWEETENED SUSP _____	91	SYPRINE (Use trientine hcl) _____	78	tamsulosin hcl _____	63
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/UNSWEETENED SUSP _____	91	SYRPALTA SYRP 83 % _____	91	TARCEVA (Use erlotinib hcl) _____	31
SUSPENSION VEHICLE SUSP _____	91	SYRSPEND SF LIQD _____	91	TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	50
SUSTIVA CAPS 200 MG (Use efavirenz) _____	39	SYRUP VEHICLE SF SYRP _____	91	TARGRETIN (Use bexarotene) _____	34
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz) _____	39	SYRUP VEHICLE SYRP _____	91	TARPEYO CPDR _____	45
SUSTIVA TABS (Use efavirenz) _____	39	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS _____	80	TASIGNA _____	33
SUSVIMO OCULAR IMPLANT _____	70	TABLOID _____	30	TAVNEOS _____	64
SUSVIMO SOLN _____	86	TABRECTA _____	33	tazarotene CREA _____	51
SUTENT (Use sunitinib malate) _____	33	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _____	53	tazarotene GEL _____	51
SYLVANT _____	79	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % _____	53	TAZORAC CREA (Use tazarotene) 51	
SYMBICORT (Use budesonide- formoterol fumarate dihydrate) _____	11	tacrolimus CAPS _____	79	TAZORAC CREA _____	51
SYMDEKO _____	94	tadalafil (pulmonary hypertension) TABs _____	43	TAZORAC GEL (Use tazarotene) _____	51
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TAFINLAR CAPS _____	33	TAZVERIK _____	33
SYMFI LO (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	95	TDVAX SUSP _____	95
SYMLINPEN 120 SOPN _____	17	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	95	TECARTUS _____	31
SYMLINPEN 60 SOPN _____	17	TAGRISO _____	31	TECENTRIQ _____	30
SYNAGIS SOLN _____	89	TAKHZYRO SOLN _____	64	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	93
SYNAREL _____	60	TAKHZYRO SOSY _____	65	TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	93
SYNOJOYNT SOSY _____	83	TALTZ SOAJ _____	51	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	71
SYNRIBO _____	34	TALTZ SOSY _____	51	TEGLUTIK SUSP _____	84
		TALZENNA _____	33	TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine) _____	13
		TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	40	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	13
		TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use			

TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine) _____	13	terconazole vaginal SUPP _____	99	thioridazine hcl _____	37
TEGSEDI _____	93	teriflunomide _____	93	thiotepa _____	29
telmisartan _____	25	teriparatide (recombinant) SOPN .	59	thiothixene _____	37
telmisartan-amlodipine _____	26	TERIPARATIDE SOPN _____	59	THRESHOLD IMT MISC _____	75
telmisartan-hydrochlorothiazide ____	26	TESTOPEL PLLT _____	8	THROMBATE III _____	65
temazepam 15 MG, 30 MG _____	67	testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8	THYMOGLOBULIN _____	79
TEMODAR CAPS 100 MG, 140 MG, 180 MG, 250 MG (Use temozolomide) _____	29	testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8	THYROGEN 0.9 MG _____	56
TEMODAR SOLR _____	29	testosterone enanthate SOLN IM ____	8	THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	94
TEMOVATE CREA (Use clobetasol propionate) _____	52	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP _____	95	tiagabine hcl _____	14
TEMOVATE OINT (Use clobetasol propionate) _____	52	tetrabenazine _____	92	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
temozolomide CAPS _____	29	tetracaine hcl (ophth) _____	87	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
TEMPO WELCOME KIT _____	70	tetracycline hcl CAPS 500 MG _____	94	TIBSOVO _____	33
temsirrolimus _____	33	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %	87	TICOVAC _____	98
TENIVAC INJ _____	95	TEZSPIRE SOSY _____	10	TIGLUTIK SUSP _____	84
tenofovir disoproxil fumarate TABS 39		TGT GLUCOSE _____	18	TIKOSYN (Use dofetilide) _____	10
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	26	THALOMID _____	78	timolol maleate (ophth) SOLN ____	85
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	26	THEO-24 CP24 _____	11	timolol maleate TABS _____	41
TENORMIN TABS (Use atenolol) .	41	theophylline ELIX _____	11	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	85
TEPADINA (Use thiotepa) _____	29	theophylline SOLN _____	11	TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	85
TEPEZZA _____	59	theophylline TB12 _____	11	TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .	50
terazosin hcl _____	25	theophylline TB24 _____	11	tioconazole vaginal 6.5 % _____	99
terbinafine hcl (topical) CREA ____	50	THERA TABS _____	81	tiopronin TABS _____	63
terbinafine hcl TABS _____	22	THEREMS MULTIVITAMIN TABS .	81	tiopronin TBEC _____	63
terbutaline sulfate TABS _____	11	thiamine hcl TABS _____	100	tiotropium bromide monohydrate CAPS _____	10
terconazole vaginal CREA _____	99	thiamine mononitrate TABS 100 MG .	100	TIVDAK _____	30
		THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) .	63		
		THIOLA TABS (Use tiopronin) ____	63		

TIVICAY TABS 50 MG _____	39	TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	52	tranexamic acid TABS _____	66
TIVORBEX CAPS (Use indomethacin) _____	4	TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	52	TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use clorazepate dipotassium) _____	9
tizanidine hcl TABS _____	83	TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	52	tranylcypromine sulfate _____	15
TM-DAILY VITE TABS _____	81	topiramate CPSP 15 MG _____	13	TRAZIMERA _____	31
TOBI NEBU (Use tobramycin) _____	2	topiramate CPSP 25 MG _____	13	trazodone hcl TABS 300 MG _____	16
TOBI PODHALER CAPS _____	2	topiramate TABS 100 MG _____	13	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	16
TOBRADEX OINT _____	88	topiramate TABS 200 MG _____	13	TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	29
TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____	88	topiramate TABS 25 MG, 50 MG _____	13	TRECATOR _____	29
tobramycin (ophth) SOLN _____	87	TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	35	TRELSTAR MIXJECT _____	32
tobramycin NEBU _____	3	topotecan hcl SOLN _____	35	TREMFYA SOPN _____	51
tobramycin sulfate SOLN IJ _____	3	TOPOTECAN HCL SOLN _____	35	TREMFYA SOSY _____	51
tobramycin sulfate SOLR _____	3	topotecan hcl SOLR _____	35	TRESIBA FLEXTOUCH SOPN _____	20
tobramycin-dexamethasone SUSP _____	88	TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	41	TRESIBA SOLN _____	20
TOBREX OINT _____	87	TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) _____	41	tretinoin (chemotherapy) _____	34
tolnaftate CREA _____	50	toremifene citrate _____	32	tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	49
tolterodine tartrate CP24 _____	96	TORISEL (Use temsirolimus) _____	33	tretinoin GEL 0.01 % _____	49
tolterodine tartrate TABS _____	96	torsemide TABS _____	58	tretinoin GEL 0.025 % _____	49
tolvaptan TABS _____	61	TOTECT _____	34	TRETTEN _____	64
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate) _____	13	TRACLEER TABS (Use bosentan) _____	43	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	30
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____	13	TRACLEER TBSO _____	43	triamcinolone acetonide (mouth) _____	79
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____	13	tramadol hcl TABS 50 MG _____	7	triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	84
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____	13	tramadol-acetaminophen _____	7	triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	53
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	13	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	25	triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	53
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	52	trandolapril 4 MG _____	25	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	53
		trandolapril-verapamil hcl _____	26		

triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	53	TRIUMEQ TABS _____	39	TWINRIX SUSY _____	98
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP _____	48	TRIVISC SOSY _____	83	TYBLUME CHEW _____	44
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr) _____	46	TRIZIVIR _____	39	TYBOST _____	39
triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	58	TROGARZO _____	39	TYKERB (Use lapatinib ditosylate) 33	
triamterene & hydrochlorothiazide TABS _____	58	tropicamide SOLN _____	86	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW (Use acetaminophen) _____	5
triazolam _____	67	trospium chloride TABS _____	96	TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide) _____	27	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	71	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	5
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	53	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	71	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	5
trientine hcl 250 MG _____	78	TRUE MULTIVITAMIN TABS _____	81	TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	5
trientine hcl 500 MG _____	78	TRUELYTE SOLN _____	77	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5
TRIESENCE _____	88	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW _____	19	TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____	5
trifluoperazine hcl TABS _____	37	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	18	TYMLOS _____	59
trifluridine _____	87	TRULICITY _____	19	TYPHIM VI SOLN _____	97
trihexyphenidyl hcl TABS _____	35	TRUMENBA _____	97	TYPHIM VI SOSY _____	97
TRIKAFTA TBPK _____	94	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl) _____	88	TYVASO REFILL SOLN IN _____	42
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	13	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TYVASO SOLN IN _____	42
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine) _____	13	TRUXIMA _____	30	TYVASO STARTER SOLN IN _____	42
TRILURON SOSY _____	83	TRUZONE PEAK FLOW METER _____	75	ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC _____	75
trimethoprim TABS _____	27	TUBING/WING TIP MISC _____	75	ULTRACET (Use tramadol- acetaminophen) _____	7
TRI-MIX SOLR _____	42	TUDORZA PRESSAIR _____	10	ULTRAM TABS (Use tramadol hcl) _____	7
TRINTELLIX _____	16	TUKYSA _____	31	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	54
TRIPTODUR _____	60	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	8		
TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____	34	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	8		
		TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	8		
		TURALIO _____	33		

ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	54	VALCHLOR _____	50	SOLR IV 1 GM _____	27
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM _____	71	VALCYTE TABS (Use valganciclovir hcl) _____	40	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 500 MG _____	27
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	71	valganciclovir hcl TABS _____	40	VANDAZOLE _____	99
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) _____	66	VALIUM TABS (Use diazepam) _____	9	VAQTA _____	98
UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) _____	66	valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML _____	14	varenicline tartrate TABS _____	93
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____	91	valproic acid CAPS _____	14	varenicline tartrate TBPK _____	93
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____	91	valrubicin _____	32	VARIVAX INJ _____	98
UNITUXIN _____	30	valsartan TABS _____	25	VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	27
UP & UP GLUCOSE _____	19	valsartan-hydrochlorothiazide _____	27	VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____	25
UPTRAVI SOLR _____	43	VALSTAR (Use valrubicin) _____	32	VAXCHORA _____	97
UPTRAVI TABS _____	43	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD _____	12	VAXELIS SUSP _____	95
UPTRAVI TITRATION PACK TBPK 43		VALTOCO 15 MG DOSE LQPK _____	12	VAXELIS SUSY _____	95
urea CREA 40 % _____	53	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK _____	12	VAXNEUVANCE _____	97
urea LOTN 40 % _____	53	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD _____	12	VECAMYL _____	27
UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	63	VALTrex 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	40	VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	31
UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	63	VALTrex 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	40	VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)	33
URSO 250 TABS (Use ursodiol) _____	62	VALUE PLUS GLUCOSE _____	19	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	43
ursodiol CAPS _____	62	VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	27	VEMLIDY _____	40
ursodiol TABS 250 MG _____	62	VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	27	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____	31
VABYSMO _____	86	vancomycin hcl CAPS 125 MG _____	27	VENCLEXTA TABS _____	31
VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	99	vancomycin hcl CAPS 250 MG _____	27	venlafaxine hcl CP24 150 MG _____	17
valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG _____	40	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG _____	27	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG _____	17
valacyclovir hcl 500 MG _____	40	vancomycin hcl SOLR IV 500 MG _____	27	venlafaxine hcl CP24 75 MG _____	17
		vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML _____	27	venlafaxine hcl TABS _____	17
		VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE		venlafaxine hcl TB24 150 MG _____	17

venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG _____	17	VERSAFREE SYRP _____	91	vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT _____	100
VENTAVIS _____	43	VERSAPLUS SYRP _____	91	VITAMIN E CAPS 200 UNIT _____	100
VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	11	VERZENIO _____	33	vitamin e CAPS 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT .	100
verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG _____	42	VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____	94	VITAMIN E CHEW _____	100
verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG _____	42	VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _____	30	vitamins w/ lipotropics CAPS _____	82
verapamil hcl TABS _____	42	vigabatrin PACK _____	14	VITAZYME TABS _____	81
verapamil hcl TBCR _____	42	vigabatrin TABS _____	14	VITRAKVI CAPS _____	33
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE ER CP24 (Use verapamil hcl) _____	42	VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____	87	VITRAKVI SOLN _____	34
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl) _____	42	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) .	16	VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____	42	VIJOICE _____	79	VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) _____	61
VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl) _____	42	vilazodone hcl TABS _____	16	VIVIMUSTA SOLN _____	29
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	71	VILTEPSO _____	84	VIVITROL _____	21
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	71	VIMIZIM _____	60	VIVOTIF _____	97
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	71	vincristine sulfate _____	35	VIZIMPRO _____	31
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6MM _____	71	VIRACEPT TABS 250 MG _____	39	VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) .	50
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	71	VIRACEPT TABS 625 MG _____	39	VONJO _____	34
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	71	VIREAD POWD _____	39	VONVENDI _____	64
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	71	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	VOQUEZNA _____	96
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE/32G X 4MM _____	71	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG _____	39	VORAXAZE _____	34
		VISCO-3 SOSY _____	83	VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _____	34
		VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	87	VOTRIENT _____	34
		VISTARIL CAPS (Use hydroxyzine pamoate) _____	9	VOXZOGO _____	60
		VISTOGARD _____	21	VYNDAMAX _____	43
		VISUDYNE _____	87	VYNDAQEL _____	43
		VITAMIN D3 LIQD OR 5000 UNIT/ML _____	100	VYONDYS 53 _____	84

VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin)_____	23	XELJANZ TABS _____	3	ethinyl estradiol) _____	44
VYVANSE CAPS _____	1	XELJANZ XR TB24 _____	3	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)_____	44
VYVGART _____	78	XELODA (Use capecitabine) ____	30	YERVOY _____	30
VYXEOS _____	32	XEMBIFY _____	89	YF-VAX INJ _____	98
WAKIX _____	1	XENAZINE (Use tetrabenazine) __	92	YONDELIS _____	29
WALGREENS GLUCOSE _____	19	XENLETA TABS _____	28	YONSA _____	32
WALGREENS GLUCOSE CHEW .19		XERMELO _____	63	YUSIMRY _____	3
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD _____	48	XEROSTOMIA RELIEF SPRAY SOLN _____	80	YUTIQ _____	88
warfarin sodium TABS _____	11	XGEVA SOLN _____	59	ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	88
WELIREG _____	32	XIAFLEX _____	78	zaleplon 10 MG _____	67
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl)_____	15	XIPERE _____	88	zaleplon 5 MG _____	67
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl)_____	15	XOLAIR SOLR _____	10	ZALTRAP _____	30
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl)_____	15	XOLAIR SOSY _____	10	ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	83
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl)_____	15	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____	11	ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)_____	14
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl)_____	15	XOSPATA _____	34	ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____	14
white petrolatum-mineral oil _____	85	XPOVIO _____	32	ZARXIO _____	65
WILATE KIT _____	64	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	32	ZAVESCA (Use miglustat)_____	65
WINDMILL TRAINER MISC _____	75	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	32	ZEJULA CAPS _____	34
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML __	89	XTANDI CAPS _____	32	ZELBORAF _____	34
XALATAN SOLN (Use latanoprost)	88	XTANDI TABS _____	32	ZEMAIRA SOLR 1000 MG _____	93
XALKORI CAPS _____	34	XURIDEN _____	60	ZEMAIRA SOLR 4000 MG _____	93
XANAX TABS (Use alprazolam) ____	9	XYNTHA _____	64	ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 60	
XELJANZ SOLN _____	3	XYNTHA SOLOFUSE _____	64	ZEPZELCA _____	29
		XYREM SOLN _____	92	ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27
		XYWAV _____	92	ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use	
		XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride) ____	23		
		YASMIN 28 (Use drospirenone-			

lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27	azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG _____	85
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril) _____	25	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG _____	85
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 25		ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	24	ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG _____	85
ZETIA (Use ezetimibe) _____	24	ZOKINVY _____	79	ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG _____	85
ZEVALIN Y-90 _____	30	ZOLADEX _____	32	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG _____	85
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide) _____	27	zoledronic acid CONC _____	59	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG _____	85
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate) _____	39	zoledronic acid SOLN _____	59	ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG _____	85
ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)	39	ZOLEDRONIC ACID SOLN _____	59	ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG _____	85
zidovudine CAPS	39	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG _____	84	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG _____	85
zidovudine SYRP	39	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG _____	84	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG _____	85
zidovudine TABS	39	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG _____	84	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG _____	85
ZILRETTA SRER _____	45	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG _____	84	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG _____	85
zinc oxide (topical) OINT 20 % _____	54	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG _____	84	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG _____	85
zinc sulfate CAPS _____	78	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG _____	84	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG _____	85
ZINPLAVA _____	90	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG _____	84	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG _____	85
ziprasidone hcl _____	36	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG _____	84	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG _____	85
ZIRABEV _____	30	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG _____	84	ZOLINZA _____	34
ZITHROMAX PACK (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG _____	84	zolmitriptan SOLN 5 MG _____	76
ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG _____	85	zolmitriptan TABS _____	76
ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG _____	85	zolmitriptan TBDP _____	76
ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG _____	85	ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl) 16	
ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	68	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG _____	85	ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	16
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use		ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG _____	85	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	16
		ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG _____	85	zolpidem tartrate TABS _____	67
		ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG _____	85	ZOMIG SOLN (Use zolmitriptan) _	76
		ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG _____	85	ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan) _____	76
		ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG _____	85	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	13
		ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG _____	85		
		ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG _____	85		

zonisamide CAPS	13	32
ZORBTIVE SC _____	59	
ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	51	
ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	51	
ZOVIRAX SUSP (Use acyclovir) __	40	
ZUBSOLV SUBL _____	8	
ZULRESSO _____	15	
ZYDELIG _____	34	
ZYKADIA TABS _____	34	
ZYLOPRIM (Use allopurinol) ____	63	
ZYNLONTA _____	30	
ZYPREXA RELPREVV _____	37	
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine) _____	37	
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine) _____	37	
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine) _____	37	
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl) _____	23	
ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) _____	23	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) .	23	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl) ____	23	
ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use cetirizine-pseudoephedrine) ____	48	
ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine) ____	48	
ZYTIGA (Use abiraterone acetate)		