

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 la casilla de texto
3. Oprima “enter”

Planning for Healthy Babies® (P4HB): Programa de farmacia para Planificación Familiar (Family Planning; FP)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de métodos anticonceptivos para las mujeres en Planificación Familiar (Family Planning) de Planning for Healthy Babies®. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir el embarazo estén cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle estos medicamentos.

Planning for Healthy Babies®: Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL)

La Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La FP-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.

El Programa de Farmacia de Planificación Familiar no paga todos los medicamentos. Sólo estos tipos de medicamentos están cubiertos:

- Control de la natalidad (anticonceptivos)
- Antibióticos utilizados para tratar enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH/SIDA y hepatitis)
- Ácido Fólico y multivitaminas con ácido fólico
- Medicamentos para las infecciones del tracto genital inferior y de la piel genital
- Medicamentos para tratar las infecciones del tracto urinario (UTI, por sus siglas en inglés)

Algunos medicamentos tienen límites de edad, dosis y cantidades máximas. Estos medicamentos necesitan una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) si el médico cree que necesita más del límite.

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 afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta usando este enlace <https://members.envolverx.com/>.

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).

Límites de dispensación

La farmacia puede entregarle un suministro de hasta 31 días de cada nueva receta o resurtido. Puede haber algún medicamento, como Depo-Provera, que se administra una vez y dura 84 días. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos FP-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 FP-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:

- Hay una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
- Otros medicamentos en la FP-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 FP-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 FP-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.

Solicitudes de necesidad médica

Sólo los medicamentos que se listan en la FP-PDL están cubiertos para mujeres en planificación familiar. Si necesita un medicamento que no está en la FP-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 FP-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-FP. Para medicamentos que no están en la FP-PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la FP-PDL de la misma clase y que se usaron para el mismo diagnóstico; o
- Notas del médico que demuestren que es alérgica o que no puede recibir al menos dos medicamentos de FP-PDL de la misma clase; o
- Notas del médico para demostrar que no puede recibir ninguno de los medicamentos de la FP-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 ayuda para enviar el suministro de 72 horas para su pago.

Exclusiones

Sólo las categorías de medicamentos que se listan en la FP-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Planificación Familiar. Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

Peach State Health Plan cubre algunas vacunas y medicamentos bajo el beneficio médico para mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®. Estos medicamentos no se

pueden surtir en una farmacia local. El médico puede facturarle a Peach State Health Plan por ellos. Si tiene preguntas sobre qué vacunas y medicamentos inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan.

Algunos métodos anticonceptivos se deben de administrar en el consultorio del médico. Los dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés), como Mirena, Liletta, Skyla y Paragard, se pueden colocar durante su visita al consultorio de planificación familiar. También se puede insertar un anticonceptivo implantable, llamado Nexplanon, durante su visita al consultorio de planificación familiar. Si tiene preguntas sobre anticonceptivos, consulte con su médico.

Medicamentos de venta libre

La FP-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 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.

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

No se requieren copagos para las mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®.

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
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>	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

	<p>antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros. Límites para personas sin tratamiento previo*: • Dosis diaria máxima = 50 MME ** • Suministro máximo de días = 7 días • Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada *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
IV	Intravenoso

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
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
SOLN	Solución
SOLR	Solución reconstituida

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<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
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
<i>neomycin sulfate TABS</i>	P	
ZEMDRI	P	PA
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
Combinaciones de opioides		
<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	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 30 días de venta al por menor; QL(180 ml al día)
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón		
Esteroides rectales		
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	P	PA; RX/OTC
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(1 cada día; 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 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta 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>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>TOLSURA CAPS</i>	P	PA
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS</i>	P	
<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
Lipopéptidos cíclicos		
<i>daptomycin</i>	P	PA
<i>DAPTOMYCIN</i>	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DAPTOMYCIN (Use <i>daptomycin</i>)	NP	PA
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		
AZACTAM (Use <i>aztreonam</i>)	NP	PA
<i>aztreonam</i>	P	PA
Polimixinas		
<i>colistimethate sodium</i>	P	PA
COLY-MYCIN M (Use <i>colistimethate sodium</i>)	NP	PA
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Medicamentos contra el CMV		
GANCICLOVIR SOLN	P	PA
PREVYMIS SOLN	P	PA
PREVYMIS TABS	P	PA
Medicamentos contra el herpes		
<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS OR 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>acyclovir TABS OR 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> 1 GM, 1000 MG	P	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> 500 MG	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX SUSP (Use <i>acyclovir</i>)	NP	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
Vasodilatadores periféricos		
<i>inositol niacinate CAPS</i>	P	PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera generación		
CEFAZOLIN SODIUM/DEXTROSE SOLN 5 %-2 GM/100ML	P	PA
CEFAZOLIN SODIUM SOLN 4 %-1 GM/50ML	P	PA
<i>cephalexin CAPS</i> 250 MG, 500 MG	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR</i> 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML	P	
<i>cefroxitin sodium IV</i>	P	PA
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM</i>	P	PA	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	P	
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo			<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
Anticonceptivos combinados - Orales			<i>norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
BALCOLTRA (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron</i>)	NP	PA	SEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NP	QL(91 por surtido al por menor)
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P		TYBLUME CHEW	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P		YASMIN 28 (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P		YAZ (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG</i>	P	QL(1 cada día)	Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG</i>	P		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P		Anticonceptivos combinados - vaginales		
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P		NUVARING (Use <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)	Anticonceptivos de emergencia		
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron</i>	P	PA	<i>levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG</i>	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
MIRCETTE (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP		PLAN B ONE-STEP (Use <i>levonorgestrel (emergency oc)</i>)	NP	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P		Anticonceptivos de progestina - inyectables		
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	P		DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>norethindrone acet & eth estra</i>	P		DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
Anticonceptivos de progestina - orales		
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 gm por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
Corticosteroides - tópicos		
BRYHALI LOTN	P	PA
CORDRAN CREA 0.025 %	P	PA
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (<i>Use hydrocortisone (topical)</i>)	NP	PA
CORTIZONE-10/ALOE LIQD (<i>Use hydrocortisone (topical)</i>)	NP	PA
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA
<i>hydrocortisone (topical) LIQD</i>	P	PA
IMPOYZ CREA	P	PA
LEXETTE FOAM	P	PA
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %</i>	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEZPAROX-HC FORTE CREA	P	PA
RADIAURA CREA	P	PA
SCARZEN SKIN REPAIR	P	PA
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREAM CREA	P	PA
EPICYN SOLN	P	PA
HYCLODEX SOLN	P	PA
HYPOCYN SOLN	P	PA
PRE & POST SX POUCH	P	PA
QBREXZA	P	PA
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	
NIX CREME RINSE LIQD EX (<i>Use permethrin</i>)	NP	
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 %</i>	P	
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX	P	
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ml cada 14 días de venta al por menor)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
<i>CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl)</i>	NP	
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Cobalaminas		
<i>CYANOCOBALAMIN SOLN IJ</i>	P	PA
<i>METHYLCOBALAMIN SOLR</i>	P	PA
<i>methylcobalamin SUBL</i>	P	PA
<i>methylcobalamin TBDP</i>	P	PA
Ácido fólico/folatos		
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
Mezclas hematopoyéticas		
<i>ACTIRON</i>	P	PA
<i>FOLI-D TABS</i>	P	PA
<i>FOLVITE-D TABS</i>	P	PA
<i>GENICIN VITA-D TABS (Use folic acid-cholecalciferol)</i>	NP	PA
<i>HEMATRON-AF</i>	P	PA
<i>HEMAX</i>	P	PA
<i>IRO-PLEX</i>	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>IRO-PLEX</i>	P	PA
<i>MAXFE</i>	P	PA
<i>ORTHO-FOLIC CAPS</i>	P	PA
Suplementos de hierro		
<i>HEMATEX LIQD</i>	P	PA
<i>NOVAFERRUM 125 LIQD</i>	P	PA
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Azitromicina		
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin)</i>	NP	QL(6 por surtido al por menor)
<i>ZITHROMAX PACK (Use azithromycin)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin)</i>	NP	QL(60 ml por surtido al por menor)
<i>ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin)</i>	NP	QL(15 ml por surtido al por menor)
<i>ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin)</i>	NP	QL(6 por surtido al por menor)
Claritromicina		
<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)	ICHTHAMMOL ADVANCED DRAWING SALVE OINT	P	PA
<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)	NEURAGEN PN OINT	P	PA
<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)	PRID OINT	P	PA
Eritromicinas			TRAUMEEL OINT	P	PA
E.E.S. GRANULES SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
ERYPED 200 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		MULTIVITAMINAS		
ERYPED 400 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		Complejo B con ácido fólico		
<i>erythromycin base CPEP</i>	P		FOLICA-BE	P	PA
<i>erythromycin base TABS</i>	P		Multivitaminas con hierro		
<i>erythromycin base TBEC</i>	P		<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P		TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS	P	QL(1 cada día)
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P		Multivitaminas		
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P		ALTRIXA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS			AMLADDEX TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Anticonceptivos			DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FC2 FEMALE CONDOM	P		ESTROFACTORS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FEMCAP DEVI	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	FOLCYTEINE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MALE CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días)	GENICIN VITA-Q TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS			MULTI VITAMIN/D-3 TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Productos homeopáticos			MULTI VITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA	<i>multiple vitamin TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
AVENOC OINT	P	PA	MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CALENDULA OINT	P	PA			
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA			

Georgia Medicaid Family Planning

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
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	QL(1 cada día); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY- VITAMIN DROPS SOLN OR	P	PA
NEOMULTIVITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN OR	P	PA
OMNICAP TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITA SOLN OR	P	PA
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	P	PA
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Vitaminas prenatales		
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin)	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL GUMMIES	P	PA
ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin)	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	AZESCO TABS	P	PA
QUINTABS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CITRANATAL MEDLEY	P	PA
THERA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	COMPLETE NATAL DHA	P	PA
THEREMS MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CVS PRENATAL GUMMIES 10 MG-17.5 MCG-180 MCG-9 MG-1 MG-10 MCG-9.5 MG-25 MG-2.5 MG-1.9 MG-110 MCG-5 MG-325 MCG-1.4 MCG-35 MG, 15 MG-1.25 MG-400 MCG-200 UNIT-4 MCG-5 MG-2000 UNIT-25 MG-10 MG-7.5 UNIT-1.9 MG-5 MG-35 MG	P	PA
TM-DAILY VITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	DERMACINRX PRETRATE TABS	P	PA
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	FOLIVANE-OB	P	PA
VITAZYME TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PRENATAL GUMMIES	P	PA
Multivitaminas pediátricas con hierro			PRENATAL MULTI + DHA CAPS	P	PA
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLE R SOLN	P	PA	PRENATAL VITAMINS- MISC	P	RX/OTC
POLY-VI-SOL/IRON SOLN	P	PA	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS	P	PA
POLY-VITE/IRON SOLN	P	PA	PRENATVITE COMPLETE TABS	P	PA
Multivitaminas pediátricas			PRENATVITE PLUS TABS	P	PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR	P	PA	TARON-C DHA	P	PA
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	P	PA	WESNATAL DHA COMPLETE	P	PA
MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	P	PA	ZALVIT TABS	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZIPHEX TABS	P	PA
MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		
NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ml cada 30 días de venta al por menor)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 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>ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
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	
<i>naftacillin sodium IV</i>	P	PA
SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine TABS</i>	P	
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclinas		
DORYX TBEC 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use <i>doxycycline hyclate</i>)	NP	PA
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TBEC</i>	P	PA
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P	
<i>minocycline hcl TB24</i>	P	PA
MINOLIRA TB24	P	PA

Georgia Medicaid Family Planning

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
tetracycline hcl CAPS	P		PENBRAYA	P	
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate)	NP		PNEUMOVAX 23	P	
TOXOIDES			PNEUMOVAX 23/1 DOSE	P	
Combinaciones de toxoides			PREVNAR 13	P	
ADACEL SUSP	P		PREVNAR 20	P	
BOOSTRIX SUSP	P		TRUMENBA	P	
BOOSTRIX SUSY	P		TYPHIM VI SOLN	P	
DAPTACEL	P		TYPHIM VI SOSY	P	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P		VAXCHORA	P	
INFANRIX	P		VAXNEUVANCE	P	
KINRIX SUSY	P		VIVOTIF	P	
PEDIARIX SUSY	P		Vacunas derivadas de virus		
PENTACEL	P		ABRYSVO	P	
QUADRACEL SUSP	P		ACAM2000	P	
QUADRACEL SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
TENIVAC INJ	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
VAXELIS SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
VACUNAS			AREXVY	P	
Vacunas bacterianas			DENGVAXIA	P	
ACTHIB SOLR IM	P		ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
BCG VACCINE	P		ENGERIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor
BEXSERO	P				
BIOThRAX	P				
HIBERIX SOLR IJ	P				
MENACTRA	P				
MENQUADFI	P				
MENVEO SOLN	P				
MENVEO SOLR	P				
PEDVAX HIB SUSP	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLUAD QUADRIVALENT 2021-2022	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P		FLUMIST QUADRIVALENT	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2021-2022	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2022-2023	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2021-2022	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2023-2024	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P		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)
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P		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	

Georgia Medicaid Family Planning

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
HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor	TRIMO-SAN	P	PA
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	P		Espermicidas		
IPOL INACTIVATED IPV	P		ENCARE SUPP 100 MG	P	Cantidad limitada de 1 paquete de venta al por menor; cantidad limitada de 30 días de paquetes de venta al por menor
IXIARO	P		OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 gm por surtido al por menor)
JYNNEOS	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM FILM	P	Cantidad limitada de 1 paquete de venta al por menor; cantidad limitada de 30 días de paquetes de venta al por menor
M-M-R II SOLR	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	
PREHEVBRIO	P	Suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor	Antiinfecciosos vaginales		
PRIORIX SUSR	P		CLEOCIN CREA (<i>Use clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
PROQUAD SUSR	P		<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
RABAVERT	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor	<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; suministro máx. de 3 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor	GYNAZOLE-1	P	
ROTARIX SUSP	P		<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
ROTARIX SUSR	P		<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
ROTATEQ SOLN	P		<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
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)	<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
STAMARIL SUSR	P		MONISTAT 3 CREA (<i>Use miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
TICOVAC	P		MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (<i>Use miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
TWINRIX SUSY	P		<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
VAQTA	P		<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
VARIVAX INJ	P	Suministro máx. de 2 de venta al por menor; suministro de 999 días de venta al por menor	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
YF-VAX INJ	P		Productos vaginales varios		

Georgia Medicaid Family Planning

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>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	
VANDAZOLE	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
Estrógenos vaginales		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA

ÍNDICE	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	8	azithromycin TABS 500 MG _____	5	
ABRYSVO _____	9	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG .	8	azithromycin TABS 600 MG _____	5
ACAM2000 _____	9	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	8	aztreonam _____	2
ACTHIB SOLR IM _____	9	amoxicillin CAPS _____	8	BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
ACTIRON _____	5	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . 8		BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
acyclovir CAPS _____	2	AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____	8	BALCOLTRA (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol-iron) _____	3
acyclovir SUSP _____	2	amoxicillin SUSR _____	8	BCG VACCINE _____	9
acyclovir TABS OR 400 MG _____	2	amoxicillin TABS 875 MG _____	8	BEXSERO _____	9
acyclovir TABS OR 800 MG _____	2	ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM _____	8	BIOTHRAX _____	9
acyclovir topical CREA _____	4	ampicillin CAPS 500 MG _____	8	BOOSTRIX SUSP _____	9
acyclovir topical OINT _____	4	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREAM CREA _____	4	BOOSTRIX SUSY _____	9
ADACEL SUSP _____	9	AREXVY _____	9	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR _____	7
AFLURIA QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSP _____	9	ARNICARE ARNICA OINT _____	6	BRYHALI LOTN _____	4
AFLURIA QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSY _____	9	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	8	CALENDULA OINT _____	6
AFLURIA QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSP _____	9	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML- 125 MG/5ML _____	8	cefaclor CAPS _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSY _____	9	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) .	8	cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSP _____	9	AVENOC OINT _____	6	CEFAZOLIN SODIUM SOLN 4 %-1 GM/50ML _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSY _____	9	AZACTAM (Use aztreonam) _____	2	CEFAZOLIN SODIUM/DEXTROSE SOLN 5 %-2 GM/100ML _____	2
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL GUMMIES _____	7	AZESCO TABS _____	7	cefdinir CAPS _____	2
ALTRIXA TABS _____	6	azithromycin PACK _____	5	cefdinir SUSR _____	2
AMLADDEX TABS _____	6	azithromycin SUSR 100 MG/5ML ____	5	cefoxitin sodium IV _____	2
amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 8		azithromycin SUSR 200 MG/5ML ____	5	cefprozil SUSR _____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	8	azithromycin TABS 250 MG _____	5	cefprozil TABS _____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	8			ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM _	3
				cefuroxime axetil TABS _____	2

cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG	2	CORTIZONE-10/ALOE LIQD (Use hydrocortisone (topical))	4	dicloxacillin sodium	8
cephalexin SUSR	2	crotamiton LOTN	4	DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole)	1
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl)	5	CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	6	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)	1
ciprofloxacin hcl TABS 100 MG	5	CVS PRENATAL GUMMIES 10 MG-17.5 MCG-180 MCG-9 MG-1 MG-10 MCG-9.5 MG-25 MG-2.5 MG-1.9 MG-110 MCG-5 MG-325 MCG-1.4 MCG-35 MG, 15 MG-1.25 MG-400 MCG-200 UNIT-4 MCG-5 MG-2000 UNIT-25 MG-10 MG-7.5 UNIT-1.9 MG-5 MG-35 MG	7	DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)	1
ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	5	CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	5	DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole)	1
CITRANATAL MEDLEY	7	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	6	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	9
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	5	DAPTACEL	9	DORYX TBEC 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use doxycycline hyclate)	8
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	6	DAPTOMYCIN (Use daptomycin)	2	doxycycline hyclate CAPS	8
clarithromycin TABS	6	daptomycin	1	doxycycline hyclate TABS 100 MG	8
clarithromycin TB24	6	DAPTOMYCIN	1	doxycycline hyclate TBEC	8
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl)	2	DENG VAXIA	9	drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG	3
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal)	11	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	3	drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG	3
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use clindamycin palmitate hydrochloride)	2	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	3	E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	6
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG	2	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	4	ENCARE SUPP 100 MG	11
clindamycin palmitate hydrochloride	2	DERMACINRX PRETRATE TABS	7	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	9
clindamycin phosphate vaginal CREA	11	desogestrel & ethinyl estradiol	3	ENGERIX-B SUSY	9
clotrimazole vaginal CREA 1 %	11	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)	3	EPICYN SOLN	4
clotrimazole vaginal CREA 2 %	11	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)	3	ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	6
colistimethate sodium	2			ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	6
COLY-MYCIN M (Use colistimethate sodium)	2			erythromycin base CPEP	6
COMPLETE NATAL DHA	7			erythromycin base TABS	6
CORDRAN CREA 0.025 %	4			erythromycin base TBEC	6
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (Use hydrocortisone (topical))	4			erythromycin ethylsuccinate SUSR	6

erythromycin ethylsuccinate TABS . 6	2023-2024 SUSP _____ 10	FOLICA-BE _____ 6
erythromycin stearate TABS 250 MG 6	FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY _____ 10	FOLI-D TABS _____ 5
ESTROFACTORS TABS _____ 6	fluconazole SUSR _____ 1	FOLIVANE-OB _____ 7
ethynodiol diacet & eth estrad _____ 3	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG . 1	FOLVITE-D TABS _____ 5
etonogestrel-ethinyl estradiol _____ 3	fluconazole TABS 150 MG _____ 1	GANCICLOVIR SOLN _____ 2
FC2 FEMALE CONDOM _____ 6	fluconazole TABS 50 MG _____ 1	GARDASIL 9 SUSP _____ 10
FEMCAP DEVI _____ 6	FLULAVAL QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSY _____ 10	GARDASIL 9 SUSY _____ 10
FLUAD QUADRIVALENT 2021-2022 10	FLULAVAL QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSY _____ 10	GENICIN VITA-D TABS (Use folic acid-cholecalciferol) _____ 5
FLUAD QUADRIVALENT 2022-2023 10	FLULAVAL QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSY _____ 10	GENICIN VITA-Q TABS _____ 6
FLUAD QUADRIVALENT 2023-2024 10	FLUMIST QUADRIVALENT _____ 10	griseofulvin microsize SUSP _____ 1
FLUARIX QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSY _____ 10	FLUZONE HIGH-DOSE PF 2021- 2022 _____ 10	griseofulvin microsize TABS _____ 1
FLUARIX QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSY _____ 10	FLUZONE HIGH-DOSE PF 2022- 2023 _____ 10	griseofulvin ultramicrosize _____ 1
FLUARIX QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSY _____ 10	FLUZONE HIGH-DOSE PF 2023- 2024 _____ 10	GYNAZOLE-1 _____ 11
FLUBLOK QUADRIVALENT 2021- 2022 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSP _____ 10	halobetasol propionate FOAM _____ 4
FLUBLOK QUADRIVALENT 2022- 2023 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSY _____ 10	HAVRIX _____ 10
FLUBLOK QUADRIVALENT 2023- 2024 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSP _____ 10	HEMATRX LIQD _____ 5
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP _____ 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSY _____ 10	HEMATRON-AF _____ 5
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY _____ 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSP _____ 10	HEMAX _____ 5
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP _____ 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2021- 2022 SUSY _____ 10	HEPLISAV-B SOSY _____ 11
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____ 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSP _____ 10	HIBERIX SOLR IJ _____ 9
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____ 10	FLUZONE QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSY _____ 10	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____ 6
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____ 10	FOLCYTEINE TABS _____ 6	HYCLODEX SOLN _____ 4
FLUCELVAX QUADRIVALENT	folic acid TABS 1 MG _____ 5	hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____ 1
		hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____ 1
		hydrocortisone (topical) LIQD _____ 4
		hydrocortisone acetate vaginal _____ 12
		HYPOCYN SOLN _____ 4

ICHTHAMMOL ADVANCED	medroxyprogesterone acetate	multiple vitamins w/ iron TABS ____	6
DRAWING SALVE OINT _____	(contraceptive) SUSP IM _____	MULTIVITAMIN ADULT TABS ____	6
imiquimod 5 % _____	medroxyprogesterone acetate	MULTIVITAMIN INFANT &	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	(contraceptive) SUSY IM _____	TODDLER SOLN OR _____	7
11	MENACTRA _____	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER	
IMPOYZ CREA _____	MENQUADFI _____	SOLN OR _____	7
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	MENVEO SOLN _____	MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1	
INST _____	MENVEO SOLR _____	MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500	
INFANRIX _____	METHYLCOBALAMIN SOLR _____	MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG ____	7
inositol niacinate CAPS _____	methylcobalamin SUBL _____	MULTIVITAMIN	
IPOL INACTIVATED IPV _____	methylcobalamin TBDP _____	W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN .7	
IRO-PLEX _____	metronidazole TABS _____	nafcillin sodium IV _____	8
itraconazole CAPS _____	metronidazole vaginal _____	NEOMULTIVITE TABS _____	7
IXIARO _____	MEZPAROX-HC FORTE CREA ____	neomycin sulfate TABS _____	1
JYNNEOS _____	miconazole nitrate vaginal CREA . .11	NEURAGEN PN OINT _____	6
ketoconazole _____	miconazole nitrate vaginal SUPP 100	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use	
KINRIX SUSY _____	MG _____	permethrin) _____	4
levofloxacin TABS _____	miconazole nitrate vaginal SUPP 200	norelgestromin-ethinyl estradiol ____	3
levonorgestrel & eth estradiol TABS 3	MG _____	norethin acet & estrad-fe TABS 1	
levonorgestrel (emergency oc) 1.5	minocycline hcl CAPS _____	MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30	
MG _____	minocycline hcl TB24 _____	MCG-75 MG _____	3
levonorgestrel-eth estradiol	MINOLIRA TB24 _____	norethindrone & eth estradiol ____	3
(triphasic) _____	MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl	norethindrone (contraceptive) ____	4
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-	estradiol (biphasic)) _____	norethindrone acet & eth estra ____	3
day) 0.03 MG-0.15 MG _____	M-M-R II SOLR _____	norethindrone-eth estradiol (triphasic)	
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron 3	MONISTAT 3 CREA (Use3	
LEXETTE FOAM _____	miconazole nitrate vaginal) _____	norgestimate-ethinyl estradiol	
LICEMD GEL _____	MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA	(triphasic) _____	3
lidocaine-hydrocortisone acetate	(Use miconazole nitrate vaginal) __	norgestimate-ethinyl estradiol ____	3
CREA 1 %-1 % _____	MULTI VITAMIN TABS _____	norgestrel & ethinyl estradiol 30	
MALE CONDOMS-MISC _____	MULTI VITAMIN/D-3 TABS _____	MCG-0.3 MG _____	3
MAXFE _____	multiple vitamin TABS _____	NOVAFERRUM 125 LIQD _____	5
		NOZIN NASAL SANITIZER KIT ____	8
		NUVARING (Use etonogestrel-	

ethinyl estradiol) _____	3	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR _____	7	RECOMBIVAX HB SUSP _____	11
nystatin TABS _____	1	POLY-VITE/IRON SOLN _____	7	RECOMBIVAX HB SUSY _____	11
ofloxacin 300 MG, 400 MG _____	5	PRE & POST SX POUCH _____	4	RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____	4
OMNICAP TABS _____	7	PREHEVBRIO _____	11	ROTARIX SUSP _____	11
OMNIFLEX DIAPHRAGM _____	6	PRENATAL GUMMIES _____	7	ROTARIX SUSR _____	11
ONE DAILY ESSENTIAL TABS ____	7	PRENATAL MULTI + DHA CAPS __	7	ROTATEQ SOLN _____	11
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	7	PRENATAL VITAMINS-MISC ____	7	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS _____	7	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM _	4
ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATVITE COMPLETE TABS __	7	SEASONIQUE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	3
OPTIONS GYNOL II VAGINALCONTRACEPTIVE GEL .11		PRENATVITE PLUS TABS _____	7	SHINGRIX _____	11
ORTHO-FOLIC CAPS _____	5	PREVNAR 13 _____	9	SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	1
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____	7	PREVNAR 20 _____	9	SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole) _____	1
PEDIARIX SUSY _____	9	PREVYMIS SOLN _____	2	STAMARIL SUSR _____	11
PEDVAX HIB SUSP _____	9	PREVYMIS TABS _____	2	sulfadiazine TABS _____	8
PENBRAYA _____	9	PRID OINT _____	6	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	1
penicillin v potassium SOLR _____	8	PRIORIX SUSR _____	11	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	1
penicillin v potassium TABS _____	8	probenecid _____	5	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS ____	6
PENTACEL _____	9	PROQUAD SUSR _____	11	TARON-C DHA _____	7
permethrin CREA _____	4	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD .4		TDVAX SUSP _____	9
permethrin LIQD EX _____	4	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM		TENIVAC INJ _____	9
PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) _____	3	4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % ____	4	terbinafine hcl TABS _____	1
PNEUMOVAX 23 _____	9	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 %	4	terconazole vaginal CREA _____	11
PNEUMOVAX 23/1 DOSE _____	9	QBREXZA _____	4	terconazole vaginal SUPP _____	11
POLY-VI-SOL SOLN OR _____	7	QUADRACEL SUSP _____	9	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT SUSP _____	9
POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____	7	QUADRACEL SUSY _____	9	tetracycline hcl CAPS _____	9
POLY-VITA SOLN OR _____	7	QUINTABS TABS _____	7		
		RABAVERT _____	11		
		RADIAURA CREA _____	4		

THERA TABS _____	7	FILM FILM _____	11	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	4
THEREMS MULTIVITAMIN TABS .7		VCF VAGINAL		ZOVIRAX SUSP (Use acyclovir)____	2
TICOVAC _____	11	CONTRACEPTIVEGEL GEL ____	11		
tinidazole 500 MG _____	1	VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate)_____	9		
tioconazole vaginal 6.5 % _____	12	VITAZYME TABS _____	7		
TM-DAILY VITE TABS _____	7	VIVOTIF _____	9		
TOLSURA CAPS _____	1	WESNATAL DHA COMPLETE ____	7		
TRAUMEEL OINT _____	6	YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	3		
trifluridine_____	8	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	3		
trimethoprim TABS _____	1	YF-VAX INJ _____	11		
TRIMO-SAN _____	11	ZALVIT TABS _____	7		
TRUE MULTIVITAMIN TABS ____	7	ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT _____	6		
TRUMENBA _____	9	ZEMDRI _____	1		
TWINRIX SUSY _____	11	ZIPHEX TABS _____	8		
TYBLUME CHEW _____	3	ZITHROMAX PACK (Use azithromycin) _____	5		
TYPHIM VI SOLN _____	9	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin)_____	5		
TYPHIM VI SOSY _____	9	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin)_____	5		
valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG ____	2	ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	5		
valacyclovir hcl 500 MG _____	2	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	5		
VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	2	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) _____	5		
VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	2	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	5		
VANDAZOLE _____	12	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical)_____	4		
VAQTA _____	11				
VARIVAX INJ _____	11				
VAXCHORA _____	9				
VAXELIS SUSP _____	9				
VAXELIS SUSY _____	9				
VAXNEUVANCE _____	9				
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE					