

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®: Programa de farmacia para atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care; IPC)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de control de la natalidad para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care; IPC) de Planning for Healthy Babies®. También cubrimos algunos medicamentos para ayudar a las mujeres en IPC con sus enfermedades crónicas como diabetes y presión arterial alta. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir embarazos y los medicamentos para mantenerla saludable estén cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos (IPC-PDL, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle todos estos medicamentos.

Planning for Healthy Babies®: Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos (IPC-PDL)

La Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos de Peach State Health Plan (IPC-PDL) es la lista de medicamentos cubiertos. La IPC-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) actualiza la lista cada tres meses. El grupo está formado por el director médico, el director médico jefe de servicios farmacéuticos y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Peach State Health Plan.

El Programa de farmacia para Atención entre embarazos no paga por 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 vaginal inferior y de la piel vaginal
- Medicamentos para tratar las infecciones del tracto urinario (UTI, por sus siglas en inglés)
- Medicamentos para tratar enfermedades crónicas

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

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

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



Afiliados es [1-800-704-1484](tel:1-800-704-1484) (TTY/TTD [1-800-255-0056](tel: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 iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

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.

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. 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 IPC-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 IPC-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 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. 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 IPC-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 IPC-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 IPC-PDL están cubiertos para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care). Si necesita un medicamento que no está en la IPC-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 IPC-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-IPC. Para medicamentos que no están en la IPC-PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la IPC-PDL de la misma clase y 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 IPC-PDL de la misma clase; o
- Notas del médico para demostrar que no puede recibir ninguno de los medicamentos de la IPC-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. 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](tel: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 IPC-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care). 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 Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care) 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 IPC-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.

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.

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

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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 Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care) de Planning for Healthy Babies[®].

Información de contacto

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

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](tel:1-800-704-1484). Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al [1-800-255-0056](tel: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
IV	Intravenoso
LIQD	Líquido
LOTN	Loción
LOZG	Pastilla
LPOP	Comprimido soluble
MISC	Misceláneos
NA	Nasal

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
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
SOPN	Pluma para inyección con solución
SOSY	Jeringa precargada con solución
SRER	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
STRP	Tira
SUBL	Tableta sublingual
SUER	Suspensión de liberación prolongada
SUPN	Pluma para inyección con suspensión
SUPP	Supositorio
SUSP	Suspensión
SUSR	Suspensión reconstituida

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®
Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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 PO (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ADDERALL TABS PO (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> CP24 PO 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> TABS PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
DEXEDRINE CP24 PO 10 MG, 15 MG (Use <i>dextroamphetamine sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24 PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS PO 5 MG, 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS PO	P	QL(1 cada día); PA
VYVANSE CAPS PO	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)
<i>caffeine citrate</i> SOLN PO	P	QL(45 ML por surtido al por menor)
Anorexígenos no anfetamínicos		
PLENITY	NP	
PLENITY WELCOME KIT	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Agentes antiobesidad		
IMCIVREE	P	SP; PA
Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)		
<i>atomoxetine hcl</i> PO	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
<i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12 PO	P	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> PO	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
INTUNIV PO (Use <i>guanfacine hcl (adhd)</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
KAPVAY TB12 PO (Use <i>clonidine hcl (adhd)</i>)	NP	
STRATTERA PO (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 PO 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
CONCERTA TBCR PO 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dexamethylphenidate hcl</i> TABS PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
FOCALIN TABS PO (Use <i>dexamethylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
METADATE CD CPR PO (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
METHYLIN SOLN PO 5 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
METHYLIN SOLN PO 10 MG/5ML (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> CPCR PO	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN PO 5 MG/5ML	P	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN PO 10 MG/5ML	P	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS PO 10 MG, 20 MG	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS PO 5 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 PO 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 PO 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR PO 10 MG, 20 MG, 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR PO 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RITALIN TABS PO 5 MG (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
RITALIN TABS PO 10 MG, 20 MG (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS VARIOS		
Extractos alérgicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ROUGH PIGWEED	NP	
SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	NP	
SORREL/DOCK MIX IJ	NP	
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS		
Medicamentos alternativos - G's		
<i>ginger (zingiber officinalis)</i> CAPS PO 250 MG	P	OTC; QL(4 cada día)
Medicamentos alternativos - M's		
MELATONIN SUBL	P	QL(1 cada día)
<i>melatonin</i> TABS PO 3 MG, 5 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>melatonin</i> TBDP PO 3 MG	P	QL(1 cada día)
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
ARIKAYCE	P	SP; PA
BETHKIS NEBU (<i>Use tobramycin</i>)	NP	SP; PA
KITABIS PAK NEBU (<i>Use tobramycin</i>)	NP	SP; PA
<i>neomycin sulfate</i> TABS PO	P	
TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
TOBI NEBU (<i>Use tobramycin</i>)	NP	SP; PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML	P	PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLR	P	PA
<i>tobramycin</i> NEBU	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
RINVOQ TB24 PO 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XELJANZ XR TB24 PO	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA
Antimetabolitos antirreumáticos		
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-AATY (1 PEN) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBAM (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBAM (2 PEN) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADBAM (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADBAM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML	NP	SP
ADALIMUMAB-ADBAM(CD/UC/HS STRT) AJKT	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADALIMUMAB-ADBAM(PS/UV STARTER) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
CYLTEZO (2 PEN) AJKT	NP	SP
CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT	NP	SP
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA
HADLIMA SOSY	P	SP; PA
HULIO (2 PEN) AJKT	NP	SP
HULIO (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML	NP	SP
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML	NP	SP
SIMLANDI (1 PEN) AJKT	P	SP; PA
SIMLANDI (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
YUFLYMA (1 PEN) AJKT	NP	SP
YUFLYMA (2 PEN) AJKT	NP	SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP
YUSIMRY	P	SP; PA
Bloqueadores de la interleucina 1		
ARCALYST	P	SP; PA

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de enero de 2025
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
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)		
ADVIL TABS PO (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
ALEVE TABS PO (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)
ANAPROX DS TABS PO (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP	
CHILDRENS ADVIL SUSP PO 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC
CHILDRENS MOTRIN SUSP PO 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC
<i>diclofenac potassium</i> TABS PO 50 MG	P	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC PO	P	
<i>etodolac</i> CAPS PO	P	
<i>etodolac</i> TABS PO	P	
FELDENE CAPS PO (Use <i>piroxicam</i>)	NP	
<i>fenoprofen calcium</i> CAPS PO 400 MG	P	
<i>flurbiprofen</i> TABS PO	P	
<i>ibuprofen lysine</i>	P	
<i>ibuprofen</i> CHEW PO	P	OTC
<i>ibuprofen</i> SUSP PO 100 MG/5ML	P	RX/OTC
<i>ibuprofen</i> SUSP PO 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ibuprofen</i> TABS PO 400 MG, 600 MG, 800 MG	P	
<i>ibuprofen</i> TABS PO 200 MG	P	OTC
INDOCIN SUSP PO (Use <i>indomethacin</i>)	NP	
<i>indomethacin sodium</i>	P	
INDOMETHACIN SODIUM	P	
<i>indomethacin</i> CAPS PO 25 MG, 50 MG	P	
<i>indomethacin</i> SUPP PR	P	
<i>indomethacin</i> SUSP PO	P	
INFANTS ADVIL SUSP PO (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>ketorolac tromethamine</i> SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML	P	
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
<i>ketorolac tromethamine</i> TABS PO	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años)
LODINE TABS PO (Use <i>etodolac</i>)	NP	
<i>meloxicam</i> TABS PO	P	
MOTRIN CHILDRENS CHEW PO (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP PO (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>nabumetone</i> PO	P	
NALFON CAPS PO (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP	
NAPROSYN SUSP PO (Use <i>naproxen</i>)	NP	
NAPROSYN TABS PO 500 MG (Use <i>naproxen</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>naproxen sodium TABS PO 275 MG, 550 MG</i>	P	
<i>naproxen sodium TABS PO 220 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>naproxen SUSP PO</i>	P	
<i>naproxen TABS PO</i>	P	
NEOPROFEN (Use <i>ibuprofen lysine</i>)	NP	
<i>piroxicam CAPS PO</i>	P	
<i>sulindac TABS PO</i>	P	
Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
OTEZLA TABS PO	P	SP; PA
OTEZLA TBPK PO	P	SP; PA
Inhibidores de la síntesis de pirimidina		
ARAVA PO (Use <i>leflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>leflunomide PO</i>	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		
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS PO 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine TABS PO 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-acetaminophen TABS PO 50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-aspirin-caffeine CAPS PO</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ESGIC TABS PO (Use <i>butalbital-acetaminophen-caffeine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Otros analgésicos		
<i>acetaminophen CHEW PO</i>	P	OTC
<i>acetaminophen ELIX PO</i>	P	OTC
<i>acetaminophen LIQD PO 160 MG/5ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SUPP PR 120 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
ACETAMINOPHEN SUPP PR	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acetaminophen SUSP PO 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen TABS PO 325 MG, 500 MG</i>	P	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP PR	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW PO (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP PO (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS SUSP PO (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS PO (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP PO (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP PO (Use acetaminophen)	NP	OTC	DILAUDID TABS PO 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
TYLENOL TABS PO (Use acetaminophen)	NP	OTC	DILAUDID TABS PO 8 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos			fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR	P	QL(0.34 cada día)
PRIALT	P	SP; PA	HYDROMORPHONE HCL SUPP PR	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
Salicilatos			hydromorphone hcl TABS PO 8 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide) PO	P	OTC	hydromorphone hcl TABS PO 2 MG, 4 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
aspirin CHEW PO	P	OTC	meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
ASPIRIN SUPP PR 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)	meperidine hcl TABS PO 50 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
aspirin TABS PO 325 MG	P	OTC	methadone hcl TABS PO 10 MG	P	QL(10 cada día); PA
aspirin TBEC PO 81 MG, 325 MG	P	OTC	methadone hcl TABS PO 5 MG	P	QL(6 cada día); PA
BUFFERIN PO (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))	NP	OTC	morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ML por surtido al por menor)
diflunisal TABS PO	P		morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ML al día)
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC PO (Use aspirin)	NP	OTC	morphine sulfate SUPP PR	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)
ECOTRIN TBEC PO (Use aspirin)	NP	OTC	morphine sulfate TABS PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
salsalate PO	P		morphine sulfate TBCR PO	P	QL(3 cada día)
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares					
Agonistas opioides					
codeine sulfate TABS PO 30 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)			
CODEINE SULFATE TABS PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
MS CONTIN TBCR PO (Use morphine sulfate)	NP	QL(3 cada día)	acetaminophen w/ codeine TABS PO 15 MG- 300 MG, 30 MG-300 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
OXAYDO TABS PO 5 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	acetaminophen w/ codeine TABS PO 60 MG- 300 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
oxycodone hcl CAPS PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	butalbital-acetaminophen- caffeine w/ codeine PO 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
oxycodone hcl CONC PO 100 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ML por surtido al por menor)	butalbital-aspirin-caffeine w/cod PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
oxycodone hcl SOLN PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)	hydrocodone- acetaminophen SOLN PO 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML- 7.5 MG/15ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(180 ML al día)
oxycodone hcl T12A PO 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	P	QL(2 cada día); PA	hydrocodone- acetaminophen SOLN PO 325 MG/15ML-10 MG/15ML	P	Edición clínica: Opioides
oxycodone hcl TABS PO 30 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	hydrocodone- acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG- 5 MG, 325 MG-7.5 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
oxycodone hcl TABS PO 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	oxycodone w/ acetaminophen SOLN PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
OXYCONTIN T12A PO	P	QL(2 cada día); PA	oxycodone w/ acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG- 5 MG, 325 MG-7.5 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ROXICODONE TABS PO 15 MG (Use oxycodone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	PERCOCET TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ROXICODONE TABS PO 30 MG (Use oxycodone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			
tramadol hcl TABS PO 50 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)			
Combinaciones de opioides					
acetaminophen w/ codeine SOLN PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día); AL(AI menos 12 años)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tramadol-acetaminophen PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(Al menos 18 años)
Agonistas parcialmente opioides		
BELBUCA FILM	P	PA
BUPRENEX SOLN (<i>Use buprenorphine hcl</i>)	NP	PA
<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)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL</i>	P	QL(3 cada día)
<i>buprenorphine hcl SOLN</i>	P	PA
<i>buprenorphine hcl SUBL</i>	P	PA
SUBLOCADE SOSY	P	2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (<i>Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(2 cada día); PA
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (<i>Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(3 cada día)
ZUBSOLV SUBL	P	PA
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas		
Andrógenos		
AVEED SOLN	P	SP; PA
<i>methyltestosterone TABS</i>	P	
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
<i>testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML</i>	P	QL(0.2858 ML al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML</i>	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>testosterone enanthate SOLN IM</i>	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		
<i>CORTENEMA PR (Use hydrocortisone (intrarectal))</i>	NP	
<i>hydrocortisone (intrarectal) PR</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 PR</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum PR</i>	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides rectales		
ANUSOL-HC EX (<i>Use 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	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	NP	RX/OTC
ANTIÁCIDOS		
Combinaciones de antiácidos		
<i>alum & mag hydrox-simethicone LIQD PO</i>	P	QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>alum & mag hydrox-simethicone SUSP PO 1200 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML</i>	P	QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos - sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP PO	P	OTC
Antiácidos: bicarbonato		
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS PO 325 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos: sales de calcio		
<i>calcium carbonate (antacid) CHEW PO 500 MG</i>	P	OTC
TUMS LASTING EFFECTS CHEW PO (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
TUMS ULTRA 1000 CHEW PO (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NF	
TUMS CHEW PO (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
Antiácidos: sales de magnesio		
<i>magnesium oxide TABS PO 400 MG</i>	P	OTC
ANTELMIÑTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA
EMVERM CHEW PO	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<i>pyrantel pamoate SUSP PO</i>	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
Nitratos		
ISORDIL TITRADOSE TABS PO 5 MG (Use <i>isosorbide dinitrate</i>)	NP	
<i>isosorbide dinitrate TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG</i>	P	
<i>isosorbide mononitrate TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>isosorbide mononitrate TB24 PO</i>	P	QL(1 cada día)
NITRO-BID OINT	P	
NITRO-DUR PT24 (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
<i>nitroglycerin CPCR PO</i>	P	
<i>nitroglycerin PT24</i>	P	
<i>nitroglycerin SUBL</i>	P	
NITROSTAT SUBL (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad		
Medicamentos ansiolíticos - Varios		
<i>bupirone hcl PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>bupirone hcl PO 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>bupirone hcl PO 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP PO</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS PO</i>	P	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS PO</i>	P	
<i>meprobamate PO</i>	P	
VISTARIL CAPS PO (Use <i>hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ATIVAN TABS PO (Use lorazepam)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
chlordiazepoxide hcl CAPS PO	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
clorazepate dipotassium TABS PO	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
diazepam SOLN PO 5 MG/5ML	P	AL (6 meses a 12 años)
diazepam TABS PO	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
lorazepam TABS PO	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
oxazepam CAPS PO	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRANXENE-T TABS PO (Use clorazepate dipotassium)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS PO (Use diazepam)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS PO (Use alprazolam)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales		
Antiarrítmicos Tipo I-A		
disopyramide phosphate CAPS PO	P	
NORPACE CR CP12 PO 150 MG	P	
NORPACE CAPS PO (Use disopyramide phosphate)	P	
quinidine gluconate TBCR PO	P	
quinidine sulfate TABS PO	P	
Antiarrítmicos Tipo I-B		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
mexiletine hcl PO	P	
Antiarrítmicos Tipo I-C		
flecainide acetate PO	P	
propafenone hcl TABS PO	P	
Antiarrítmicos Tipo III		
amiodarone hcl TABS PO 200 MG	P	
dofetilide PO	P	
TIKOSYN PO (Use dofetilide)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares		
Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales		
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR SOAJ	P	SP; PA
XOLAIR SOLR	P	SP; PA
XOLAIR SOSY	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios		
cromolyn sodium NEBU	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)
ipratropium bromide SOLN 0.02 %	P	QL(375 ML cada 20 días de venta al por menor)
SPIRIVA HANDHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate)	NP	
tiotropium bromide monohydrate CAPS	P	
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 cada 30 días de venta al por menor)
Moduladores de los leucotrienos		
montelukast sodium CHEW PO	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>montelukast sodium</i> PACK PO	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium</i> TABS PO	P	QL(1 cada día)
SINGULAIR CHEW PO (Use <i>montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR PACK PO (Use <i>montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR TABS PO (Use <i>montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
DALIRESP PO (Use <i>roflumilast</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>roflumilast</i> PO	P	QL(1 cada día)
Inhalantes con esteroides		
ARNUITY ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 GM al día)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
FLOVENT DISKUS AEPB (Use <i>fluticasone propionate (inhalation)</i>)	NP	
FLOVENT HFA (Use <i>fluticasone propionate hfa</i>)	NP	
<i>fluticasone propionate (inhalation)</i> AEPB	P	
<i>fluticasone propionate hfa</i> 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	P	QL(12 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>fluticasone propionate hfa</i> 44 MCG/ACT	P	QL(10.6 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PULMICORT SUSP (Use <i>budesonide (inhalation)</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor I); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM al día)
Simpaticomiméticos		
ADVAIR DISKUS AEPB (Use <i>fluticasone-salmeterol</i>)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate</i> AERS	NP	
<i>albuterol sulfate</i> AERS	P	QL(6.7 GM por surtido al por menor; 13.4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate</i> AERS	P	QL(8.5 GM por surtido al por menor; 17 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate</i> AERS	NP	
<i>albuterol sulfate</i> AERS	P	QL(18 GM por surtido al por menor; 36 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU	P	
<i>albuterol sulfate</i> NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML	P	QL(375 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU 0.083 %	P	QL(12.5 ML al día)
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
<i>albuterol sulfate</i> SYRP PO	P	
<i>albuterol sulfate</i> TABS PO	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 GM al día)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i> 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT	P	QL(11 GM por surtido al por menor)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i> 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT	P	QL(10.2 GM por surtido al por menor)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluticasone-salmeterol</i> AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT	P	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium-albuterol</i> SOLN	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	
PROAIR RESPICLICK AEPB	P	QL(1 por surtido al por menor; 2 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI 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</i> TABS PO	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 PO	P	
<i>theophylline</i> ELIX PO	P	
<i>theophylline</i> SOLN PO	P	QL(475 ML por surtido al por menor)
<i>theophylline</i> TB12 PO	P	
<i>theophylline</i> TB24 PO	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
<i>warfarin sodium</i> TABS PO	P	
Inhibidores directos del factor Xa		

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
DIASTAT ACUDIAL GEL PR 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIASTAT PEDIATRIC GEL PR (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
diazepam (anticonvulsant) GEL PR 10 MG	NP		EPIDIOLEX	P	SP; PA
diazepam (anticonvulsant) GEL PR	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	FINTEPLA	P	SP; PA
KLONOPIN TABS PO (Use clonazepam)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	gabapentin CAPS PO	P	QL(9 cada día)
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	gabapentin SOLN PO	P	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	gabapentin TABS PO 800 MG	P	QL(4 cada día)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	gabapentin TABS PO 600 MG	P	QL(6 cada día)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA XR TB24 PO (Use levetiracetam)	NP	Use levetiracetam IR; ST
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use levetiracetam)	NP	QL(16 ML al día)
Anticonvulsivantes - Varios			KEPPRA TABS PO 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(4 cada día)
BANZEL SUSP (Use rufinamide)	NP	SP; PA	KEPPRA TABS PO 500 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(6 cada día)
BANZEL TABS PO (Use rufinamide)	NP	SP; PA	KEPPRA TABS PO 1000 MG (Use levetiracetam)	NP	
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA	LAMICTAL XR TB24 PO (Use lamotrigine)	NP	Use lamotrigine IR; ST
carbamazepine CHEW PO 100 MG	P		LAMICTAL CHEW PO (Use lamotrigine)	NP	
carbamazepine SUSP PO	P		LAMICTAL TABS PO (Use lamotrigine)	NP	
carbamazepine TABS PO	P		lamotrigine CHEW PO	P	
carbamazepine TB12 PO	P		lamotrigine TABS PO	P	
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	lamotrigine TB24 PO	P	Use lamotrigine IR; ST
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 al día); SP; PA	levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML	P	QL(16 ML al día)
			levetiracetam TABS PO 250 MG, 750 MG	P	QL(4 cada día)
			levetiracetam TABS PO 500 MG	P	QL(6 cada día)
			levetiracetam TABS PO 1000 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>levetiracetam TB24 PO</i>	P	Use levetiracetam IR; ST	<i>topiramate TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>MYSOLINE PO (Use primidone)</i>	NP		<i>topiramate TABS PO 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>NEURONTIN CAPS PO (Use gabapentin)</i>	NP	QL(9 cada día)	<i>topiramate TABS PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>NEURONTIN SOLN PO (Use gabapentin)</i>	NP		<i>TRILEPTAL SUSP PO (Use oxcarbazepine)</i>	NP	
<i>NEURONTIN TABS PO 800 MG (Use gabapentin)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>TRILEPTAL TABS PO (Use oxcarbazepine)</i>	NP	
<i>NEURONTIN TABS PO 600 MG (Use gabapentin)</i>	NP	QL(6 cada día)	<i>ZONEGRAN CAPS PO 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)</i>	NP	
<i>oxcarbazepine SUSP PO</i>	P		<i>zonisamide CAPS PO</i>	P	
<i>oxcarbazepine TABS PO</i>	P		Carbamatos		
<i>primidone PO</i>	P		<i>felbamate SUSP</i>	P	
<i>rufinamide SUSP</i>	P	SP; PA	<i>felbamate TABS PO</i>	P	
<i>rufinamide TABS PO</i>	P	SP; PA	<i>FELBATOL SUSP (Use felbamate)</i>	NP	
<i>TEGRETOL SUSP PO (Use carbamazepine)</i>	NP		<i>FELBATOL TABS PO (Use felbamate)</i>	NP	
<i>TEGRETOL TABS PO (Use carbamazepine)</i>	NP		Moduladores GABA		
<i>TEGRETOL-XR TB12 PO (Use carbamazepine)</i>	NP		<i>GABITRIL PO (Use tiagabine hcl)</i>	NP	
<i>TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 15 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(6 cada día)	<i>SABRIL PACK (Use vigabatrin)</i>	NP	SP; PA
<i>TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 25 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(8 cada día)	<i>SABRIL TABS (Use vigabatrin)</i>	NP	SP; PA
<i>TOPAMAX TABS PO 25 MG, 50 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(6 cada día)	<i>tiagabine hcl PO</i>	P	
<i>TOPAMAX TABS PO 200 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(3 cada día)	<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
<i>TOPAMAX TABS PO 100 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
<i>topiramate CPSP PO 25 MG</i>	P	QL(8 cada día)	Hidantoinas		
<i>topiramate CPSP PO 15 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>DILANTIN PO</i>	P	
			<i>DILANTIN PO (Use phenytoin sodium extended)</i>	P	
			<i>DILANTIN INFATABS CHEW PO (Use phenytoin)</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
DILANTIN-125 SUSP PO (Use phenytoin)	P		<i>divalproex sodium TBEC PO 125 MG</i>	P	QL(2 cada día)
DILANTIN SUSP PO (Use phenytoin)	P		<i>divalproex sodium TBEC PO 500 MG</i>	P	QL(7 cada día)
<i>phenytoin sodium extended PO 100 MG</i>	P		<i>divalproex sodium TBEC PO 250 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>phenytoin sodium SOLN</i>	P		<i>valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML</i>	P	
<i>phenytoin CHEW PO</i>	P		<i>valproic acid CAPS PO</i>	P	
<i>phenytoin SUSP PO</i>	P		ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión		
Succinimidas			Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
<i>ethosuximide CAPS PO</i>	P		<i>mirtazapine TABS PO 30 MG</i>	P	QL(1.5 cada día)
<i>ethosuximide SOLN PO</i>	P		<i>mirtazapine TABS PO 7.5 MG, 45 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ZARONTIN CAPS PO (Use ethosuximide)	NP		<i>mirtazapine TABS PO 15 MG</i>	P	QL(3 cada día)
ZARONTIN SOLN PO (Use ethosuximide)	NP		<i>mirtazapine TBDP PO 45 MG</i>	P	QL(1 cada día)
Ácido valproico			<i>mirtazapine TBDP PO 15 MG</i>	P	QL(3 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 PO 500 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 cada día)	<i>mirtazapine TBDP PO 30 MG</i>	P	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 PO 250 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP PO 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR PO (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(8 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP PO 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 250 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP PO 45 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 500 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 cada día)	REMERON TABS PO 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 125 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)	REMERON TABS PO 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
<i>divalproex sodium CSDR PO</i>	P	QL(8 cada día)	Antidepresivos - Varios		
<i>divalproex sodium TB24 PO 250 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>bupropion hcl TABS PO</i>	P	QL(3 cada día)
<i>divalproex sodium TB24 PO 500 MG</i>	P	QL(7 cada día)	<i>bupropion hcl TB12 PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>bupropion hcl TB12 PO 150 MG</i>	P	QL(3 cada día)	CELEXA TABS PO 10 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>bupropion hcl TB12 PO 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	CELEXA TABS PO 40 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 PO 150 MG</i>	P	QL(3 cada día)	CELEXA TABS PO 20 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 PO 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>citalopram hydrobromide SOLN PO</i>	P	
WELLBUTRIN SR TB12 PO 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS PO 10 MG</i>	P	QL(4 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 PO 200 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS PO 20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 PO 100 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS PO 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 PO 300 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>escitalopram oxalate TABS PO 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
WELLBUTRIN XL TB24 PO 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>escitalopram oxalate TABS PO 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo			<i>escitalopram oxalate TABS PO 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
ZULRESSO	P	SP; PA	<i>fluoxetine hcl CAPS PO 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)			<i>fluoxetine hcl CAPS PO 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
NARDIL PO (Use <i>phenelzine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl SOLN PO</i>	P	QL(600 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años)
PARNATE PO (Use <i>tranylcypromine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl TABS PO 10 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>phenelzine sulfate PO</i>	P		<i>fluoxetine hcl TABS PO 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>tranylcypromine sulfate PO</i>	P		<i>fluvoxamine maleate TABS PO 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)			<i>fluvoxamine maleate TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
SPRAVATO (56 MG DOSE)	P	SP; PA			
SPRAVATO (84 MG DOSE)	P	SP; PA			
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)					

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
LEXAPRO TABS PO 10 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)	ZOLOFT TABS PO 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(4 cada día)
LEXAPRO TABS PO 5 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	Moduladores de la serotonina		
LEXAPRO TABS PO 20 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)	nefazodone hcl PO	P	
paroxetine hcl SUSP PO	P	QL(40 ML al día); PA	trazodone hcl TABS PO 300 MG	P	QL(2 cada día)
paroxetine hcl TABS PO 10 MG	P	QL(6 cada día)	trazodone hcl TABS PO 50 MG, 100 MG, 150 MG	P	
paroxetine hcl TABS PO 20 MG	P	QL(3 cada día)	TRINTELLIX PO	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA
paroxetine hcl TABS PO 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl)	NP	QL(1 cada día); PA
paroxetine hcl TB24 PO	P		vilazodone hcl TABS	P	QL(1 cada día); PA
PAXIL CR TB24 PO (Use paroxetine hcl)	NP		Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)		
PAXIL SUSP PO (Use paroxetine hcl)	NP	QL(40 ML al día); PA	CYMBALTA CPEP PO (Use duloxetine hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PAXIL TABS PO 20 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(3 cada día)	desvenlafaxine succinate PO 25 MG, 50 MG	P	QL(1 cada día); ST
PAXIL TABS PO 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(2 cada día)	desvenlafaxine succinate PO 100 MG	P	QL(4 cada día); ST
PAXIL TABS PO 10 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(6 cada día)	duloxetine hcl CPEP PO 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PROZAC CAPS PO 40 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	EFFEXOR XR CP24 PO 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)
PROZAC CAPS PO 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(4 cada día)	EFFEXOR XR CP24 PO 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
sertraline hcl CONC PO	P	QL(6 ML al día)	EFFEXOR XR CP24 PO 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
sertraline hcl TABS PO 100 MG	P	QL(2 cada día)	PRISTIQ PO 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
sertraline hcl TABS PO 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	PRISTIQ PO 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
ZOLOFT CONC PO (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ML al día)			
ZOLOFT TABS PO 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>venlafaxine hcl CP24 PO 75 MG</i>	P	QL(5 cada día)	ACTOPLUS MET TABS PO (<i>Use pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>venlafaxine hcl CP24 PO 37.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
<i>venlafaxine hcl CP24 PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-12.5 MG, 45 MG-25 MG</i>	P	
<i>venlafaxine hcl TABS PO</i>	P		<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>venlafaxine hcl TB24 PO 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>venlafaxine hcl TB24 PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>glipizide-metformin hcl PO</i>	P	
Medicamentos tricíclicos			<i>glyburide-metformin PO</i>	P	
<i>amitriptyline hcl TABS PO</i>	P		KAZANO (<i>Use alogliptin-metformin hcl</i>)	NP	
<i>amoxapine PO</i>	P		KOMBIGLYZE XR PO (<i>Use saxagliptin-metformin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
ANAFRANIL PO 75 MG (<i>Use clomipramine hcl</i>)	NP		OSENI	NP	
<i>clomipramine hcl PO 75 MG</i>	P		OSENI (<i>Use alogliptin-pioglitazone</i>)	NP	
<i>desipramine hcl TABS PO 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>desipramine hcl TABS PO 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>saxagliptin-metformin hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>doxepin hcl CAPS PO</i>	P		SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS	P	QL(2 cada día)
<i>doxepin hcl CONC PO</i>	P		SOLQUA	P	QL(0.6 ML al día); PA
<i>imipramine hcl TABS PO</i>	P		XIGDUO XR PO (<i>Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl</i>)	NP	
NORPRAMIN TABS PO 10 MG (<i>Use desipramine hcl</i>)	NP		ZITUVIMET TABS	NP	
NORPRAMIN TABS PO 25 MG (<i>Use desipramine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	Biguanidas		
<i>nortriptyline hcl CAPS PO</i>	P		<i>metformin hcl TABS PO 850 MG, 1000 MG</i>	P	
<i>nortriptyline hcl SOLN PO</i>	P	QL(20 ML al día)	<i>metformin hcl TABS PO 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
PAMELOR CAPS PO (<i>Use nortriptyline hcl</i>)	NP				
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre					
Combinaciones de antidiabéticos					

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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 PO 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metformin hcl TB24 PO 750 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Otros antidiabéticos		
BD GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS SOFT GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 NATURALS PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 POUCH PACK PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW PO	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 (<i>Use glucagon (rdna)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
GLUCO TO GO CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE PO 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE INSTANT ENERGY PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GNP GLUCOSE PO 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GNP GLUCOSE CHEW PO	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 PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GOODSENSE GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
HY-VEE GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
KORLYM (<i>Use mifepristone (hyperglycemia)</i>)	NP	SP; PA
KROGER GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LEADER GLUCOSE PO 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
LONGS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
MEIJER GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	P	SP; PA
PREFERRED PLUS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
PX GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
RA GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
RELION GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SM GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SM GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
SMART SENSE GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TGT GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UP & UP GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
VALUE PLUS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE CHEW PO	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 PO (Use <i>saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>saxagliptin hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)
SITAGLIPTIN	P	QL(1 cada día)
ZITUVIO	NP	
Medicamentos miméticos de incretina		
<i>liraglutide</i>	P	QL(0.3 ML al día)
TRULICITY	P	QL(2 ML cada 28 días de venta al por menor); PA
VICTOZA (Use <i>liraglutide</i>)	NP	
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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUPN	P	QL(1 ML al día)
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN	P	QL(1.34 ML al día)
INSULIN ASPART PENFILL SOCT	P	QL(1.34 ML al día)
INSULIN ASPART PROT & 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 (1 UNIT DIAL) SOPN	P	QL(1.34 ML al día)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 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	
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	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
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 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN	NP	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	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 (YFGN) SOLN	NP	
SEMGLEE (YFGN) SOPN	NP	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN	NP	
TRESIBA SOLN	NP	
Medicamentos sensibilizadores de la insulina		
ACTOS PO (Use pioglitazone hcl)	NP	QL(1 cada día)
pioglitazone hcl PO	P	QL(1 cada día)
Análogos de la meglitinida		
nateglinide PO	P	QL(3 cada día)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
dapagliflozin propanediol PO	P	QL(1 cada día)
FARXIGA PO (Use dapagliflozin propanediol)	NP	
Sulfonilureas		
AMARYL PO 4 MG (Use glimepiride)	NP	QL(2 cada día)
AMARYL PO 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)	NP	QL(4 cada día)
glimepiride PO 4 MG	P	QL(2 cada día)
glimepiride PO 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
glipizide TABS PO	P	
glipizide TB24 PO	P	
GLUCOTROL XL TB24 PO (Use glipizide)	NP	
glyburide micronized PO 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
glyburide TABS PO	P	
GLYNASE PO (Use glyburide micronized)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
bismuth subsalicylate CHEW PO 262 MG	P	OTC
bismuth subsalicylate SUSP PO 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP PO (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW PO (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL CHEW PO (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
Medicamentos antiperistálticos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ANTI-DIARRHEAL LIQD PO	P	OTC; QL(40 ML al día)
<i>diphenoxylate w/ atropine LIQD PO</i>	P	
<i>diphenoxylate w/ atropine TABS PO</i>	P	
IMODIUM A-D CAPS PO (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS PO (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 cada día)
LOMOTIL TABS PO (Use <i>diphenoxylate w/ atropine</i>)	NP	
<i>loperamide hcl CAPS PO</i>	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
<i>loperamide hcl TABS PO</i>	P	OTC; QL(8 cada día)

ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS

Antídotos - agentes quelantes

CHEMET PO	P	
<i>deferasirox PACK</i>	P	SP; PA
<i>deferasirox TABS PO</i>	P	SP; PA
<i>deferasirox TBSO</i>	P	SP; PA
<i>deferiprone TABS</i>	P	SP; PA
EXJADE TBSO (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (Use <i>deferiprone</i>)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS PO (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA

Antídotos y antagonistas específicos

ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION SOLN	P	PA
<i>deferoxamine mesylate</i>	P	SP; PA
DESFERAL 500 MG (Use <i>deferoxamine mesylate</i>)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SM IPECAC SYRUP PO	P	
VISTOGARD	P	
Antagonistas opioides		
<i>naloxone hcl LIQD</i>	P	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
<i>naloxone hcl SOCT</i>	P	QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML</i>	P	QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML</i>	P	QL(4 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naltrexone hcl PO</i>	P	
NARCAN LIQD (Use <i>naloxone hcl</i>)	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

<i>ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML</i>	P	QL(50 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>ondansetron hcl TABS PO 24 MG</i>	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<i>ondansetron hcl TABS PO 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>ondansetron TBDP PO 16 MG</i>	P	
<i>ondansetron TBDP PO 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)

Antieméticos - anticolinérgicos

ANTIVERT CHEW PO (Use <i>meclizine hcl</i>)	NP	OTC; RX/OTC
<i>dimenhydrinate TABS PO</i>	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE CHEW PO	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE TABS PO (Use <i>dimenhydrinate</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>meclizine hcl CHEW PO</i>	P	OTC; RX/OTC
<i>meclizine hcl TABS PO</i> 12.5 MG, 25 MG	P	RX/OTC
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP PO</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS PO</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize PO</i>	P	
<i>nystatin TABS PO</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS PO</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<i>DIFLUCAN SUSR PO</i> (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 100 MG, 200 MG</i> (Use <i>fluconazole</i>)	NP	
<i>DIFLUCAN TABS PO 50 MG</i> (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 150 MG</i> (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole SUSR PO</i>	P	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS PO 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS PO 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>itraconazole CAPS PO</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>SPORANOX CAPS PO</i> (Use <i>itraconazole</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
ANTIHISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP PO</i>	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>chlorpheniramine maleate TABS PO</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
<i>CHLOR-TRIMETON SYRP PO</i> (Use <i>chlorpheniramine maleate</i>)	NP	OTC
<i>CHLOR-TRIMETON TABS PO</i> (Use <i>chlorpheniramine maleate</i>)	NP	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
Antihistamínicos - etanolaminas		
<i>BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD PO</i> (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS PO</i>	P	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS PO</i> (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY CAPS PO</i> (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY TABS PO</i> (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>clemastine fumarate TABS PO 1.34 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS PO</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>diphenhydramine hcl CAPS PO</i>	P	QL(4 cada día)
<i>diphenhydramine hcl ELIX PO 12.5 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl LIQD PO 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 PO 25 MG</i>	P	OTC; QL(4 cada día)
Antihistamínicos no sedantes		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ALLEGRA ALLERGY TABS PO 180 MG (Use fexofenadine hcl)	NP	QL(1 cada día)	XYZAL ALLERGY 24HR TABS PO (Use levocetirizine dihydrochloride)	NP	RX/OTC
ALLEGRA ALLERGY TABS PO 60 MG (Use fexofenadine hcl)	NP	QL(2 cada día)	ZYRTEC ALLERGY TABS PO (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
cetirizine hcl CHEW PO	P	QL(1 cada día)	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
cetirizine hcl SOLN PO	P	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (Use cetirizine hcl)	NP	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC
cetirizine hcl SYRP PO	P	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC	ZYRTEC CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
cetirizine hcl TABS PO	P	QL(1 cada día)	Antihistamínicos - fenotiazinas		
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	promethazine hcl SUPP PR	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP PO 10 MG (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	promethazine hcl TABS PO	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP PO 5 MG (Use loratadine)	NF		Antihistamínicos - piperidinas		
CLARITIN SOLN PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	cyproheptadine hcl SYRP PO	P	
CLARITIN TABS PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	cyproheptadine hcl TABS PO	P	
fexofenadine hcl TABS PO 60 MG	P	QL(2 cada día)	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
fexofenadine hcl TABS PO 180 MG	P	QL(1 cada día)	Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
levocetirizine dihydrochloride TABS PO	P	RX/OTC	EVKEEZA	P	SP; PA
loratadine SOLN PO	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	Antihiperlipidémicos - combinaciones		
loratadine TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día)	ezetimibe-simvastatin PO	P	QL(1 cada día); ST
loratadine TBDP PO 10 MG	P	OTC; QL(1 cada día)	VYTORIN PO (Use ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 cada día); ST
			Secuestrantes de ácidos biliares		
			cholestyramine light PACK PO	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>cholestyramine light POWD PO</i>	P	
<i>cholestyramine PACK PO</i>	P	
<i>cholestyramine POWD PO</i>	P	
COLESTID FLAVORED GRAN PO (<i>Use colestipol hcl</i>)	NP	
COLESTID GRAN PO (<i>Use colestipol hcl</i>)	NP	
COLESTID TABS PO (<i>Use colestipol hcl</i>)	NP	
<i>colestipol hcl GRAN PO</i>	P	
<i>colestipol hcl TABS PO</i>	P	
QUESTRAN LIGHT POWD PO (<i>Use cholestyramine light</i>)	NP	
QUESTRAN PACK PO (<i>Use cholestyramine</i>)	NP	
QUESTRAN POWD PO (<i>Use cholestyramine</i>)	NP	
Derivados del ácido fibríco		
ANTARA PO 30 MG, 90 MG (<i>Use fenofibrate micronized</i>)	NF	
<i>fenofibrate micronized PO 134 MG, 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate micronized PO 67 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fenofibrate TABS PO 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fenofibrate TABS PO 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)
FENOGLIDE TABS PO (<i>Use fenofibrate</i>)	NF	
<i>gemfibrozil TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
LOPID TABS PO (<i>Use gemfibrozil</i>)	NP	QL(2 cada día)
Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA		
<i>atorvastatin calcium TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CRESTOR TABS PO (<i>Use rosuvastatin calcium</i>)	NP	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
LIPITOR TABS PO (<i>Use atorvastatin calcium</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>lovastatin TABS PO 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>lovastatin TABS PO 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>pravastatin sodium PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>rosuvastatin calcium TABS PO</i>	P	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
<i>simvastatin TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ZOCOR TABS PO 10 MG, 20 MG, 40 MG (<i>Use simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol		
<i>ezetimibe PO</i>	P	ST
ZETIA PO (<i>Use ezetimibe</i>)	NP	ST
Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP)		
JUXTAPID PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA
Derivados del ácido nicotínico		
<i>niacin (antihyperlipidemic) TABS PO</i>	P	
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR PO</i>	P	
Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9		
LEQVIO	P	SP; PA
PRALUENT SOAJ	P	SP; PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	P	SP; PA

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de enero de 2025
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
REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA
REPATHA SOSY	P	SP; PA
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Inhibidores de la ECA		
ACCUPRIL PO (Use <i>quinapril hcl</i>)	NP	
ALTACE CAPS PO 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use <i>ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl PO 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl PO 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>captopril PO</i>	P	QL(3 cada día)
<i>enalapril maleate TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosinopril sodium PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril TABS PO 2.5 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
LOTENSIN PO 40 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
LOTENSIN PO 10 MG, 20 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>quinapril hcl PO</i>	P	
<i>ramipril CAPS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trandolapril PO 4 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trandolapril PO 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(1 cada día)
VASOTEC TABS PO (Use <i>enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTRIL TABS PO 2.5 MG (Use <i>lisinopril</i>)	NP	QL(1 cada día)
ZESTRIL TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>lisinopril</i>)	NP	QL(2 cada día)
Agentes para el feocromocitoma		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEMSEER PO (Use <i>metyrosine</i>)	NP	SP; PA
<i>metyrosine PO</i>	P	SP; PA
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
ATACAND PO (Use <i>candesartan cilexetil</i>)	NP	
AVAPRO PO (Use <i>irbesartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
BENICAR PO (Use <i>olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>candesartan cilexetil PO</i>	P	
COZAAR PO (Use <i>losartan potassium</i>)	NP	QL(1 cada día)
DIOVAN TABS PO (Use <i>valsartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>irbesartan PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>losartan potassium PO</i>	P	QL(1 cada día)
MICARDIS PO (Use <i>telmisartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>olmesartan medoxomil PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>telmisartan PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>valsartan TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
Antihipertensivos antiadrenérgicos		
CARDURA PO (Use <i>doxazosin mesylate</i>)	NP	
<i>clonidine hcl TABS PO</i>	P	
<i>doxazosin mesylate PO</i>	P	
<i>guanfacine hcl PO</i>	P	
<i>methyldopa TABS PO</i>	P	
MINIPRESS CAPS PO (Use <i>prazosin hcl</i>)	NP	
<i>prazosin hcl CAPS PO</i>	P	
<i>terazosin hcl PO</i>	P	
Combinación de antihipertensivos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ACCURETIC PO 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	NP	QL(3 cada día)	captopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-50 MG	P	QL(3 cada día)
ACCURETIC PO 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	NP	QL(4 cada día)	DIOVAN HCT PO (Use valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
ACCURETIC PO 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)	enalapril maleate & hydrochlorothiazide PO	P	QL(2 cada día)
amlodipine besylate-benazepril hcl PO	P	QL(1 cada día)	EXFORGE PO (Use amlodipine besylate-valsartan)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil PO	P	Use losartan o irbesartan; ST	EXFORGE HCT PO (Use amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
amlodipine besylate-valsartan PO	P	Use losartan o irbesartan; ST	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide PO	P	Use losartan o irbesartan; ST	HYZAAR PO (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
ATACAND HCT PO (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide)	NP		irbesartan-hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)
atenolol & chlorthalidone PO	P	QL(2 cada día)	lisinopril & hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG	P	QL(2 cada día)
AVALIDE PO (Use irbesartan-hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)	lisinopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG	P	QL(1 cada día)
AZOR PO (Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	losartan potassium & hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)
benazepril & hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)	LOTENSIN HCT PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
BENICAR HCT PO (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	LOTREL PO 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl)	NP	QL(1 cada día)
bisoprolol & hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)	metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG	P	QL(2 cada día)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide PO	P				
captopril & hydrochlorothiazide PO 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG	P	QL(2 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)	ZESTORETIC PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use <i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)
MICARDIS HCT PO (Use <i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)	ZESTORETIC PO 25 MG-20 MG (Use <i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST	ZIAC PO (Use <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	Antihipertensivos - varios		
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)	VECAMYL PO	P	SP; PA
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)	Vasodilatores		
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>hydralazine hcl TABS PO</i>	P	
<i>telmisartan-amlodipine PO</i>	P		<i>minoxidil PO 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)	<i>minoxidil PO 2.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
TENORETIC 100 PO (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)	MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
TENORETIC 50 PO (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)	Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>trandolapril-verapamil hcl PO</i>	P		<i>metronidazole TABS PO</i>	P	
TRIBENZOR PO (Use <i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>trimethoprim TABS PO</i>	P	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)	Antiinfecciosos varios - combinaciones		
VASERETIC PO 25 MG-10 MG (Use <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)	BACTRIM DS TABS PO (Use <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
			BACTRIM TABS PO (Use <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
			<i>methenamine-hyosc-methylene blue-sod phospheryl sal TABS PO 81.6 MG</i>	P	
			<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP PO</i>	P	
			<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS PO</i>	P	
			Carbapenémicos		
			<i>ertapenem sodium IJ</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
INVANZ IJ (<i>Use ertapenem sodium</i>)	NP	SP; PA
Glucopéptidos		
FIRVANQ SOLR PO (<i>Use vancomycin hcl</i>)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
VANCOGIN CAPS PO 125 MG (<i>Use vancomycin hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
VANCOGIN CAPS PO 250 MG (<i>Use vancomycin hcl</i>)	NP	QL(8 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS PO 250 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS PO 125 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>vancomycin hcl SOLR IV 1 GM</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)
<i>vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)
<i>vancomycin hcl SOLR IV 500 MG</i>	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM	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)
Leprostáticos		
<i>dapsone PO</i>	P	
Lincosamidas		
CLEOCIN PO (<i>Use clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
CLEOCIN PO 150 MG, 300 MG (<i>Use clindamycin hcl</i>)	NP	
<i>clindamycin hcl PO 150 MG, 300 MG</i>	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride PO</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)
Monobactámicos		
CAYSTON	P	SP; PA
Oxazolidinonas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA
Pleuromutilinas		
XENLETA TABS	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios		
MACROBID PO (<i>Use nitrofurantoin monohyd macro</i>)	NP	
MACRODANTIN PO 50 MG, 100 MG (<i>Use nitrofurantoin macrocrystal</i>)	NP	
<i>methenamine mandelate nitrofurantoin PO</i>	P	
<i>nitrofurantoin macrocrystal PO 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(40 ML al día)
<i>nitrofurantoin monohyd macro PO</i>	P	
ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Antimaláricos		
<i>chloroquine phosphate TABS PO 250 MG</i>	P	
<i>chloroquine phosphate TABS PO 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
DARAPRIM PO (<i>Use pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>hydroxychloroquine sulfate PO 200 MG</i>	P	
KRINTAFEL	P	QL(2 cada 30 días de venta al por menor)
<i>mefloquine hcl PO</i>	P	
PLAQUENIL PO (<i>Use hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>primaquine phosphate</i> TABS PO	P	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS PO (Use <i>primaquine phosphate</i>)	NP	
<i>pyrimethamine</i> PO	P	SP; PA
SOVUNA PO 200 MG	P	

MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS

Medicamentos antimiastrénicos/colinérgicos

MESTINON TABS PO (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
MESTINON TBCR PO (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS PO 60 MG	P	
<i>pyridostigmine bromide</i> TBCR PO	P	

MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)

Agentes antimicobacterianos

<i>ethambutol hcl</i> TABS PO	P	
<i>isoniazid</i> SYRP PO	P	
<i>isoniazid</i> TABS PO	P	
MYAMBUTOL TABS PO 400 MG (Use <i>ethambutol hcl</i>)	NP	
MYCOBUTIN PO (Use <i>rifabutin</i>)	NP	
<i>pyrazinamide</i> PO	P	
<i>rifabutin</i> PO	P	
<i>rifampin</i> CAPS PO	P	
TRECTOR PO	P	

ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer

Medicamentos alquilantes

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ALKERAN PO (Use <i>melfalan</i>)	NP	
ALKERAN IV (Use <i>melfalan hcl</i>)	NP	SP; PA
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HCL SOLN	P	SP; PA
<i>bendamustine hcl</i> SOLR	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA
<i>carboplatin</i> SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML	P	SP; PA
<i>cisplatin</i> SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide</i> SOLN	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN (Use <i>cyclophosphamide</i>)	NP	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide</i> SOLR IJ	P	SP; PA
EVOMELA IV	P	SP; PA
KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
LEUKERAN PO	P	
<i>melfalan</i> PO	P	
<i>melfalan hcl</i> IV	P	SP; PA
MYLERAN TABS PO	P	
TEMODAR CAPS PO 250 MG (Use <i>temozolomide</i>)	NP	SP; PA
TEMODAR SOLR	P	SP; PA
<i>temozolomide</i> CAPS PO	P	SP; PA
TEPADINA (Use <i>thiotepa</i>)	NP	SP; PA
<i>thiotepa</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TREANDA SOLR (<i>Use bendamustine hcl</i>)	NP	SP; PA
VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA
YONDELIS	P	SP; PA
ZEPZELCA	P	SP; PA
Antimetabolitos		
ALIMTA SOLR (<i>Use pemetrexed disodium</i>)	NP	SP; PA
<i>azacitidine SUSR</i>	P	SP; PA
<i>capecitabine PO</i>	P	SP; PA
<i>cladribine 10 MG/10ML</i>	P	SP; PA
<i>cytarabine SOLN</i>	P	SP; PA
<i>decitabine</i>	P	SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLN</i>	P	SP; PA
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	P	SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLR</i>	P	SP; PA
FOLOTYN	P	SP; PA
<i>mercaptopurine TABS PO</i>	P	
<i>methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML</i>	P	
METHOTREXATE SODIUM SOLN 50 MG/2ML	P	
<i>methotrexate sodium TABS PO 2.5 MG</i>	P	
ONUREG TABS	P	SP; PA
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA
<i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA
PEMFEXY	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA
PURIXAN SUSP	P	
TABLOID PO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TREXALL TABS PO 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P	
VIDAZA SUSR (<i>Use azacitidine</i>)	NP	SP; PA
XELODA PO (<i>Use 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 (12 MG 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		
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
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
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
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 TBPK	P	SP; PA
VENCLEXTA TABS	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunoterapia celular		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 PO	P	SP; PA
Antineoplásicos - agentes hormonales y relacionados		
<i>abiraterone acetate</i>	P	SP; PA
<i>anastrozole PO</i>	P	
ARIMIDEX PO (<i>Use anastrozole</i>)	NP	
AROMASIN PO (<i>Use exemestane</i>)	NP	
<i>bicalutamide PO</i>	P	QL(1 cada día)
CASODEX PO (<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 PO	P	SP; PA
ERLEADA 60 MG	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
EULEXIN PO	P		XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) PO 50 MG	P	SP; PA
<i>exemestane PO</i>	P		XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
FARESTON PO (<i>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
FEMARA PO (<i>Use letrozole</i>)	NP		XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) PO 60 MG	P	SP; PA
<i>flutamide PO</i>	P		XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) PO	P	SP; PA
<i>hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)</i>	P	SP; PA	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
<i>letrozole PO</i>	P		XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) PO	P	SP; PA
LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	P	SP; PA	Antibióticos antineoplásicos		
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA	<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA
LYSODREN PO	P	SP; PA	DAUNORUBICIN HCL SOLN (<i>Use daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>megestrol acetate SUSP PO</i>	P		ELLECE SOLN	P	SP; PA
<i>megestrol acetate TABS PO</i>	P		<i>mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML</i>	P	SP; PA
NUBEQA	P	SP; PA	<i>valrubicin</i>	P	SP; PA
<i>tamoxifen citrate TABS PO</i>	P		VALSTAR (<i>Use valrubicin</i>)	NP	SP; PA
<i>toremifene citrate PO</i>	P	PA	Combinaciones antineoplásicas		
XTANDI CAPS	P	SP; PA	DARZALEX FASPRO	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA	HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA	INQOVI	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	P	SP; PA
ZYTIGA (<i>Use abiraterone acetate</i>)	NP	SP; PA	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia			KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	P	SP; PA
WELIREG	P	SP; PA	LONSURF	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunomoduladores			OPDUALAG	P	SP; PA
POMALYST	P	SP; PA	PHESGO	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR			RITUXAN HYCELA	P	SP; PA
AYVAKIT	P	QL(1 cada día); SP; PA			
Antineoplásicos - Inhibidores de XPO1					

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
VYXEOS	P	SP; PA	GLEEVEC PO (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA
Inhibidores enzimáticos antineoplásicos			IBRANCE CAPS	P	SP; PA
AFINITOR DISPERZ TBSO (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA	IBRANCE TABS	P	SP; PA
AFINITOR TABS (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA	ICLUSIG PO	P	QL(1 cada día); SP; PA
ALECENSA	P	SP; PA	IDHIFA	P	SP; PA
ALIQOPA	P	SP; PA	<i>imatinib mesylate PO</i>	P	SP; PA
ALUNBRIG TABS PO	P	SP; PA	IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA
ALUNBRIG TBPB	P	SP; PA	IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
BALVERSA	P	SP; PA	INREBIC	P	SP; PA
BELEODAQ	P	SP; PA	ISTODAX SOLR (<i>Use romidepsin</i>)	NP	SP; PA
<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA	JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA
BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA	KISQALI (200 MG DOSE)	P	SP; PA
BOSULIF TABS	P	SP; PA	KISQALI (400 MG DOSE)	P	SP; PA
BRAFTOVI PO 75 MG	P	SP; PA	KISQALI (600 MG DOSE)	P	SP; PA
BRUKINSA	P	SP; PA	KOSELUGO	P	SP; PA
CABOMETYX TABS PO 40 MG	P	QL(2 cada día); SP; PA	KYPROLIS	P	SP; PA
CABOMETYX TABS PO 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA	<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA
CALQUENCE	P	SP; PA	LORBRENA	P	SP; PA
CAPRELSA PO	P	SP; PA	LUMAKRAS 120 MG, 320 MG	P	SP; PA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA	LYNPARZA TABS PO	P	QL(4 cada día); SP; PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA	MEKINIST TABS PO	P	SP; PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA	MEKTOVI	P	SP; PA
COPIKTRA PO	P	SP; PA	NERLYNX	P	SP; PA
COTELLIC	P	SP; PA	NEXAVAR PO (<i>Use sorafenib tosylate</i>)	NP	SP; PA
<i>dasatinib</i>	P	SP; PA	NINLARO	P	SP; PA
<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA	<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA
<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA	PEMAZYRE	P	SP; PA
FOTIVDA	P	SP; PA	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
FYARRO	P	SP; PA	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
GAVRETO	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA	VOTRIENT (<i>Use pazopanib hcl</i>)	NP	SP; PA
QINLOCK	P	SP; PA	XALKORI CAPS	P	SP; PA
RETEVMO CAPS	P	SP; PA	XOSPATA	P	SP; PA
ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA	ZEJULA CAPS PO	P	SP; PA
<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA	ZELBORAF PO	P	SP; PA
ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA	ZOLINZA	P	SP; PA
RUBRACA	P	SP; PA	ZYDELIG	P	SP; PA
RYDAPT	P	SP; PA	ZYKADIA TABS	P	SP; PA
SCEMBLIX 100 MG	P	SP	Enzimas antineoplásicas		
SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA	ASPARLAS	P	SP; PA
<i>sorafenib tosylate PO</i>	P	SP; PA	ONCASPAR	P	SP; PA
SPRYCEL (<i>Use dasatinib</i>)	NP	SP; PA	RYLAZE	P	SP; PA
STIVARGA	P	SP; PA	Radiofármacos antineoplásicos		
<i>sunitinib malate PO</i>	P	SP; PA	AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
SUTENT PO (<i>Use sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA	AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
TABRECTA	P	SP; PA	Antineoplásicos varios		
TAFINLAR CAPS PO	P	SP; PA	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
TALZENNA	P	SP; PA	ALFERON N	P	SP; PA
TASIGNA	P	SP; PA	<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA
TAZVERIK	P	SP; PA	BESREMI	P	SP; PA
<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA	<i>bexarotene PO</i>	P	SP; PA
TIBSOVO	P	SP; PA	HYDREA PO (<i>Use hydroxyurea</i>)	NP	
TORISEL (<i>Use temsirolimus</i>)	NP	SP; PA	<i>hydroxyurea PO</i>	P	
TURALIO PO	P	SP; PA	MATULANE PO	P	SP; PA
TYKERB (<i>Use lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA	PHOTOFRIN	P	SP; PA
VELCADE SOLR IJ (<i>Use bortezomib</i>)	NP	SP; PA	PROLEUKIN	P	SP; PA
VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA	SYNRIBO	P	SP; PA
VITRAKVI CAPS PO	P	SP; PA	TARGRETIN PO (<i>Use bexarotene</i>)	NP	SP; PA
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA	<i>tretinoin (chemotherapy) PO</i>	P	SP; PA
VONJO	P	SP; PA	TRISENOX (<i>Use arsenic trioxide</i>)	NP	SP; PA
VOTRIENT	P	SP; PA	Coadyuvantes quimioterapéuticos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA
Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
<i>dexrazoxane hcl</i>	P	SP; PA
KHAPZORY	P	SP; PA
<i>leucovorin calcium TABS PO</i>	P	
<i>levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML</i>	P	SP; PA
<i>levoleucovorin calcium SOLR</i>	P	SP; PA
<i>mesna SOLN</i>	P	SP; PA
MESNEX SOLN (<i>Use mesna</i>)	NP	SP; PA
MESNEX TABS PO	P	SP; PA
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE	P	SP; PA
<i>docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML</i>	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (<i>Use docetaxel</i>)	NP	SP; PA
<i>docetaxel SOLN</i>	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN (<i>Use docetaxel</i>)	NP	SP; PA
DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
<i>eribulin mesylate</i>	P	SP; PA
<i>etoposide CAPS PO</i>	P	SP; PA
<i>etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HALAVEN (<i>Use eribulin mesylate</i>)	NP	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	P	SP; PA
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	P	SP; PA
<i>vincristine sulfate</i>	P	SP; PA
Medicamentos virales oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (<i>Use irinotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
HYCAMTIN CAPS PO	P	SP; PA
HYCAMTIN SOLR (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	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 PO</i>	P	
LODOSYN PO (<i>Use carbidopa</i>)	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
<i>benztropine mesylate TABS PO</i>	P	
<i>trihexyphenidyl hcl TABS PO</i>	P	
Dopaminérgicos antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl CAPS PO</i>	P	
<i>amantadine hcl SOLN</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
APOKYN SOCT	P	SP; PA
<i>apomorphine hydrochloride</i> SOCT	P	SP; PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS PO	P	
<i>bromocriptine mesylate</i> TABS PO 2.5 MG	P	
<i>carbidopa-levodopa</i> TABS PO	P	
<i>carbidopa-levodopa</i> TBCR PO	P	
DHIVY TABS PO	P	
GOCOVRI CP24	P	SP; PA
PARLODEL CAPS PO (Use <i>bromocriptine mesylate</i>)	NP	
PARLODEL TABS PO (Use <i>bromocriptine mesylate</i>)	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS PO	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS PO 0.25 MG, 3 MG, 4 MG	P	QL(6 cada día)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	P	QL(3 cada día)
SINEMET TABS PO 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use <i>carbidopa-levodopa</i>)	NP	
Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminoxidasa		
<i>selegiline hcl</i> CAPS PO	P	
<i>selegiline hcl</i> TABS PO	P	
MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo		
Medicamentos antimaníacos		
<i>lithium</i> PO	P	
<i>lithium carbonate</i> CAPS PO	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lithium carbonate</i> TABS PO	P	
<i>lithium carbonate</i> TBCR PO	P	
LITHOBID TBCR PO (Use <i>lithium carbonate</i>)	P	
Antipsicóticos - varios		
GEODON PO (Use <i>ziprasidone hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
LATUDA PO (Use <i>lurasidone hcl</i>)	NP	
<i>lurasidone hcl</i> PO	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 cada día); PA
NUPLAZID TABS PO 10 MG	P	QL(1 cada día); PA
<i>ziprasidone hcl</i> PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
Benzisoxazolas		
ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML	P	SP; PA
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA
INVEGA TRINZA	P	SP; PA
PERSERIS PRSY	P	SP; PA
RISPERDAL CONSTA (Use <i>risperidone microspheres</i>)	NP	SP; PA
RISPERDAL SOLN PO (Use <i>risperidone</i>)	NP	QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años)
RISPERDAL TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use <i>risperidone</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
<i>risperidone microspheres</i>	P	SP; PA
<i>risperidone</i> SOLN PO	P	QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>risperidone TABS PO</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
<i>risperidone TBDP PO</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 5 años)
Butirofenonas		
<i>HALDOL DECANOATE (Use haloperidol decanoate)</i>	NP	
<i>haloperidol decanoate</i>	P	
<i>haloperidol lactate CONC PO</i>	P	
<i>haloperidol TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>haloperidol TABS PO 20 MG</i>	P	
Dibenzapinas		
<i>clozapine TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>CLOZARIL TABS PO (Use clozapine)</i>	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>loxapine succinate PO</i>	P	QL(4 cada día)
<i>olanzapine TABS PO 15 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>olanzapine TABS PO 2.5 MG, 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>olanzapine TABS PO 7.5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>quetiapine fumarate TABS PO 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>quetiapine fumarate TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)
<i>quetiapine fumarate TABS PO 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>SEROQUEL TABS PO 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate)</i>	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)
<i>SEROQUEL TABS PO 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate)</i>	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>SEROQUEL TABS PO 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate)</i>	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>ZYPREXA RELPREVV</i>	P	SP; PA
<i>ZYPREXA TABS PO 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)</i>	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>ZYPREXA TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)</i>	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>ZYPREXA TABS PO 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)</i>	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dihidroindolonas		
<i>molindone hcl PO</i>	P	QL(4 cada día)
Fenotiazinas		
<i>chlorpromazine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>chlorpromazine hcl TABS PO 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>fluphenazine hcl TABS PO</i>	P	
<i>perphenazine TABS PO</i>	P	QL(4 cada día)
<i>prochlorperazine PR</i>	P	
<i>prochlorperazine maleate TABS PO</i>	P	
<i>thioridazine hcl PO</i>	P	QL(3 cada día)
<i>trifluoperazine hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
Derivados de quinolinonas		
<i>ABILIFY MAINTENA PRSY</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA	<i>atazanavir sulfate CAPS PO 300 MG</i>	P	
ABILIFY TABS PO (<i>Use aripiprazole</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	ATRIPLA PO (<i>Use efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>aripiprazole SOLN PO</i>	P	QL(750 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)	BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
<i>aripiprazole TABS PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST
<i>aripiprazole TBDP PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	COMBIVIR PO (<i>Use lamivudine-zidovudine</i>)	NP	QL(2 cada día)
ARISTADA	P	SP; PA	COMPLERA	P	QL(1 cada día)
ARISTADA INITIO	P	SP; PA	<i>darunavir TABS 800 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
Tioxantenos			<i>darunavir TABS 600 MG</i>	P	QL(2 cada día); ST
<i>thiothixene PO</i>	P	QL(3 cada día)	DELSTRIGO	P	QL(1 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES			DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA
Antisépticos y desinfectantes			DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ML por surtido al por menor)	DOVATO	P	
Antisépticos con cloro			EDURANT	P	QL(1 cada día)
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP		<i>efavirenz CAPS PO 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)	<i>efavirenz CAPS PO 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
HIBICLENS SOLN EX (<i>Use chlorhexidine gluconate</i>)	NP		<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate PO</i>	P	QL(1 cada día)
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales			<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)
Antiretrovirales			<i>efavirenz TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate-lamivudine PO</i>	P	QL(1 cada día)	<i>emtricitabine CAPS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN PO</i>	P	QL(30 ML al día)	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate PO 200 MG-300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)	EMTRIVA CAPS PO (<i>Use emtricitabine</i>)	NP	QL(1 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST	EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ML al día)
<i>atazanavir sulfate CAPS PO 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
EPIVIR SOLN PO (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(30 ML al día)	<i>lamivudine TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
EPIVIR TABS PO 150 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>lamivudine-zidovudine PO</i>	P	QL(2 cada día)
EPIVIR TABS PO 300 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	LEXIVA SUSP PO	P	QL(56 ML al día)
EPZICOM PO (<i>Use abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	LEXIVA TABS PO (<i>Use fosamprenavir calcium</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>etravirine PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir SOLN PO</i>	P	QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>etravirine PO 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS PO 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS PO</i>	P	QL(4 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS PO 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
FUZEON SOLR	P	SP; PA	<i>maraviroc TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
GENVOYA	P	QL(1 cada día)	<i>maraviroc TABS PO 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)
INTELENCE PO 100 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>nevirapine SUSP PO</i>	P	QL(40 ML al día)
INTELENCE PO 200 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>nevirapine TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
INTELENCE PO 25 MG	P	QL(4 cada día)	<i>nevirapine TB24 PO 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
ISENTRESS HD TABS PO	P	QL(2 cada día)	<i>nevirapine TB24 PO 400 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 cada día)	NORVIR CAPS PO	P	QL(12 cada día)
ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)	NORVIR SOLN	P	QL(15 ML al día)
ISENTRESS PACK PO	P	QL(2 cada día)	NORVIR TABS PO (<i>Use ritonavir</i>)	NP	QL(12 cada día)
ISENTRESS TABS PO	P	QL(2 cada día)	ODEFSEY	P	
JULUCA	P	QL(1 cada día)	PIFELTRO	P	QL(1 cada día)
KALETRA SOLN PO (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor)	PREZCOBIX	P	QL(1 cada día)
KALETRA TABS PO 50 MG-200 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(6 cada día)	PREZISTA SUSP	P	QL(12 ML al día); ST
KALETRA TABS PO 25 MG-100 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(4 cada día)	PREZISTA TABS 600 MG (<i>Use darunavir</i>)	NP	QL(2 cada día); ST
<i>lamivudine SOLN PO</i>	P	QL(30 ML al día)	PREZISTA TABS 800 MG (<i>Use darunavir</i>)	NP	QL(1 cada día); ST
<i>lamivudine TABS PO 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 cada día); ST
			PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
RETROVIR CAPS PO (Use zidovudine)	NP	QL(6 cada día)	TRUVADA PO 200 MG- 300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate)	P	QL(1 cada día)
RETROVIR SYRP PO (Use zidovudine)	NP	QL(60 ML al día)	TYBOST	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
REYATAZ CAPS PO 300 MG (Use atazanavir sulfate)	NP		VIRACEPT TABS PO 625 MG	P	QL(4 cada día)
REYATAZ CAPS PO 200 MG (Use atazanavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)	VIRACEPT TABS PO 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)
<i>ritonavir TABS PO</i>	P	QL(12 cada día)	VIREAD TABS PO 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
RUKOBIA	P	PA	VIREAD TABS PO (Use tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ML al día)	ZIAGEN SOLN PO (Use abacavir sulfate)	NP	QL(30 ML al día)
SELZENTRY TABS PO 300 MG (Use maraviroc)	NP	QL(4 cada día)	ZIAGEN TABS PO (Use abacavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)
SELZENTRY TABS PO 150 MG (Use maraviroc)	NP	QL(2 cada día)	<i>zidovudine CAPS PO</i>	P	QL(6 cada día)
SELZENTRY TABS PO 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)	<i>zidovudine SYRP PO</i>	P	QL(60 ML al día)
<i>stavudine CAPS PO</i>	P	QL(2 cada día)	<i>zidovudine TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
STRIBILD	P	QL(1 cada día)	Combinaciones antivirales		
SUSTIVA CAPS PO 50 MG (Use efavirenz)	NP	QL(2 cada día)	PAXLOVID (150/100)	P	
SUSTIVA CAPS PO 200 MG (Use efavirenz)	NP	QL(1 cada día)	PAXLOVID (300/100)	P	
SYMFI (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)	Medicamentos contra el CMV		
SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)	LIVTENCITY	P	SP; PA
<i>tenofovir disoproxil fumarate TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)	PREVYMIS SOLN	P	SP; PA
TIVICAY TABS 50 MG	P	QL(2 cada día)	PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
TRIUMEQ TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)	VALCYTE TABS PO (Use valganciclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)
TRIZIVIR PO	P	QL(2 cada día)	<i>valganciclovir hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
TROGARZO	P	SP; PA	Medicamentos contra la hepatitis		
			MAVYRET PACK	P	QL(6 cada día); SP; PA

Georgia Medicaid Actualizado: 1 de enero de 2025
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
MAVYRET TABS PO	P	QL(3 cada día); SP; PA
PEGASYS SOLN	P	SP; PA
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS PO	P	SP; PA
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS PO 200 MG	P	SP; PA
SOFOSBUVIR- VELPATASVIR 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 PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> SUSP PO	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS PO 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS PO 400 MG	P	QL(3 cada día)
<i>famciclovir</i> PO	P	
<i>valacyclovir hcl</i> PO 500 MG	P	QL(2 cada día)
<i>valacyclovir hcl</i> PO 1 GM	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
VALTREX PO 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
VALTREX PO 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
ZOVIRAX SUSP PO (Use <i>acyclovir</i>)	NP	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra la gripe		
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS PO 45 MG, 75 MG	P	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS PO 30 MG	P	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR PO	P	QL(120 ML cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
RELENZA DISKHALER	P	QL(20 por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
TAMIFLU CAPS PO 30 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
TAMIFLU CAPS PO 45 MG, 75 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
TAMIFLU SUSR PO (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(120 ML cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Alfa-Beta bloqueadores		
<i>carvedilol</i> PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG	P	QL(3 cada día)
<i>carvedilol</i> PO 25 MG	P	QL(4 cada día)
<i>carvedilol phosphate</i> PO	P	QL(1 cada día)
COREG PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(3 cada día)
COREG PO 25 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(4 cada día)
COREG CR PO (Use <i>carvedilol phosphate</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>labetalol hcl</i> TABS PO 200 MG	P	QL(6 cada día)
<i>labetalol hcl</i> TABS PO 300 MG	P	QL(8 cada día)
<i>labetalol hcl</i> TABS PO 100 MG	P	QL(3 cada día)
Betabloqueadores cardio-selectivos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>acebutolol hcl CAPS PO</i>	P	
<i>atenolol TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>bisoprolol fumarate PO</i>	P	QL(1 cada día)
LOPRESSOR TABS PO 50 MG (Use <i>metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4 cada día)
LOPRESSOR TABS PO 100 MG (Use <i>metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4.5 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 PO 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metoprolol tartrate TABS PO 100 MG</i>	P	QL(4.5 cada día)
<i>metoprolol tartrate TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día)
TENORMIN TABS PO (Use <i>atenolol</i>)	NP	QL(2 cada día)
TOPROL XL TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use <i>metoprolol succinate</i>)	NP	QL(4 cada día)
TOPROL XL TB24 PO 200 MG (Use <i>metoprolol succinate</i>)	NP	QL(2 cada día)
Betabloqueadores no selectivos		
BETAPACE AF PO (Use <i>sotalol hcl (afib/afI)</i>)	NP	QL(2 cada día)
BETAPACE TABS PO 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use <i>sotalol hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
CORGARD TABS PO 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use <i>nadolol</i>)	NP	QL(2 cada día)
INDERAL LA CP24 PO (Use <i>propranolol hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>nadolol TABS PO 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pindolol TABS PO</i>	P	
<i>propranolol hcl CP24 PO</i>	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>propranolol hcl TABS PO</i>	P	
<i>sotalol hcl (afib/afI) PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>sotalol hcl TABS PO 240 MG</i>	P	
<i>sotalol hcl TABS PO 80 MG, 120 MG, 160 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>timolol maleate TABS PO</i>	P	
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Bloqueadores de los canales de calcio		
<i>amlodipine besylate TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
CALAN SR TBCR PO (Use <i>verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
CARDIZEM CD CP24 PO 240 MG (Use <i>diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(2 cada día)
CARDIZEM CD CP24 PO 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use <i>diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(1 cada día)
CARDIZEM TABS PO 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use <i>diltiazem hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 PO 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 PO 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl extended release beads PO 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl extended release beads PO 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP12 PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 PO 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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 IN	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - antagonistas de los receptores de la endotelina		
<i>ambrisentan PO</i>	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>bosentan TABS</i>	P	SP; PA
LETAIRIS PO (<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 PO (<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 PO (<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 PO</i>	P	SP; PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS PO</i>	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - agonistas de los receptores de prostaciclina		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UPTRAVI TITRATION TBPK	P	SP; PA
UPTRAVI SOLR	P	SP; PA
UPTRAVI TABS	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - estimuladores de la guanilato ciclasa soluble		
ADEMPAS PO	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 PO</i>	P	
<i>cefadroxil SUSR PO</i>	P	
<i>cefadroxil TABS PO</i>	P	
<i>cephalexin CAPS PO 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR PO</i>	P	
Cefalosporinas de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS PO</i>	P	
<i>cefaclor SUSR PO 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML</i>	P	
<i>cefprozil SUSR PO</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil TABS PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil TABS PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
Cefalosporinas de tercera generación		
<i>cefдинир CAPS PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefдинир SUSR PO</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>cefixime CAPS PO</i>	P		<i>norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)	<i>norethindrone & eth estradiol PO</i>	P	
SUPRAX CAPS PO (<i>Use cefixime</i>)	NP		<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe PO</i>	P	
PRODUCTOS QUÍMICOS			<i>norethindrone acet & eth estra TABS PO</i>	P	
Productos químicos a granel - O's			<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe PO</i>	P	
OMEPRAZOLE	P	PA	<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO</i>	P	
Productos químicos a granel - P's			<i>norgestimate-ethinyl estradiol PO</i>	P	
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA	<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO</i>	P	
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo			<i>norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
Anticonceptivos combinados - Orales			QUARTETTE PO (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol PO</i>	P		SEASONIQUE PO (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NP	QL(91 por surtido al por menor)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) PO</i>	P		TYBLUME CHEW	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) PO</i>	P		YASMIN 28 PO (<i>Use drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol PO</i>	P	QL(1 cada día)	YAZ PO (<i>Use drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad PO</i>	P	QL(1 cada día)	Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
GENERESS FE PO (<i>Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS PO</i>	P		Anticonceptivos combinados - vaginales		
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) PO</i>	P		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) PO 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)			
LOSEASONIQUE PO (<i>Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF				
MIRCETTE PO (<i>Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP				

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
Anticonceptivos de emergencia		
ELLA PO	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
levonorgestrel (emergency oc) PO 1.5 MG	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
PLAN B ONE-STEP PO (Use levonorgestrel (emergency oc))	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
Anticonceptivos de progestina - inyectables		
DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
Anticonceptivos de progestina - orales		
norethindrone (contraceptive) PO	P	
OPILL PO	P	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica		
Glucocorticosteroides		
CORTEF TABS PO (Use hydrocortisone)	NP	
CORTISONE ACETATE TABS PO	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
deflazacort SUSP PO	P	SP; PA
deflazacort TABS PO	P	SP; PA
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)
dexamethasone ELIX PO	P	
dexamethasone SOLN PO	P	
dexamethasone TABS PO	P	
EMFLAZA SUSP PO (Use deflazacort)	NP	SP; PA
EMFLAZA TABS PO (Use deflazacort)	NP	SP; PA
hydrocortisone TABS PO	P	
MEDROL TABS PO 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone)	NP	
MEDROL TBPk PO (Use methylprednisolone)	NP	
methylprednisolone TABS PO 4 MG, 8 MG	P	
methylprednisolone TBPk PO	P	
MILLIPRED TABS PO	P	
PEDIAPRED SOLN PO (Use prednisolone sodium phosphate)	NP	
prednisolone sodium phosphate SOLN PO 20 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
prednisolone sodium phosphate SOLN PO	P	
prednisolone SOLN	P	
prednisolone TABS PO	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
PREDNISONA INTENSOL CONC	P	
<i>prednisone SOLN PO</i>	P	
<i>prednisone TABS PO</i>	P	
<i>prednisone TBPK PO</i>	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralocorticoides		
<i>fludrocortisone acetate TABS PO</i>	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
Antitusivos		
<i>benzonatate PO 100 MG</i>	P	AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
<i>benzonatate PO 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 PO (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
DELSYM SUER PO (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 PO 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 SUER PO</i>	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN PO (Use <i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide</i>)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD PO (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		
ADVIL COLD/SINUS TABS PO (Use <i>pseudoephedrine-ibuprofen</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX PO</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX PO</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph LIQD PO 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 PO</i>	P	AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 PO (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 PO (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD PO 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 enero de 2025

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 LIQD PO 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	MAXI-TUSS PE MAX LIQD PO	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD PO 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)	MAXI-TUSS PE LIQD PO	P	AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin SYRP PO 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)	MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 PO (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NF	
<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 PO 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX DM TB12 PO (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	MUCINEX D TB12 PO (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-chlorphen-dm LIQD PO 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
ED BRON GP LIQD PO	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm LIQD PO 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SOLN PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm SOLN PO</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SYRP PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>promethazine & phenylephrine SYRP PO</i>	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD PO	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SOLN PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB12 PO</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SYRP PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB24 PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-dm SYRP PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>promethazine-phenylephrine-codeine PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP PO 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD PO 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)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin SYRP PO 100 MG/5ML-30 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 PO 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPOM CAPS PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPOM CAPS PO	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP PO	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN DM LIQD PO	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
TRIAMINIC COLD/COUGH DAY TIME SYRP PO	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION PO (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS PO (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
Expectorantes		
GERI-TUSSIN SYRP PO	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin LIQD PO</i>	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin TB12 PO 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin TB12 PO 600 MG</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 PO (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX TB12 PO (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Inhalantes respiratorios - varios		
<i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>	P	
Mucolíticos		
<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Productos contra el acné		
ABSORICA PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
ACNE MEDICATION 10 LOTN	P	OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ACNE MEDICATION 5 LOTN	P	OTC
BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide)	NP	RX/OTC
benzoyl peroxide BAR	P	
benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	P	
CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical))	NP	
CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical))	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
clindamycin phosphate (topical) GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
clindamycin phosphate (topical) LOTN	P	
clindamycin phosphate (topical) SOLN	P	
DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)	NP	RX/OTC
ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid))	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
erythromycin (acne aid) GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
erythromycin (acne aid) SOLN	P	
isotretinoin PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne))	NP	
RETIN-A CREA (Use tretinoin)	NP	QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin)	NP	AL(Hasta 35 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin)	NP	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
sulfacetamide sodium (acne)	P	
sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %	P	
tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	P	QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
tretinoin GEL 0.01 %	P	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
tretinoin GEL 0.025 %	P	AL(Hasta 35 años)
Antibióticos tópicos		
bacitracin (topical) OINT	P	OTC; QL(30 por surtido al por menor)
bacitracin zinc OINT	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
CENTANY OINT	P	
gentamicin sulfate (topical) CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
gentamicin sulfate (topical) OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
mupirocin calcium (topical)	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
mupirocin OINT	P	
neomycin-bacitracin-polymyxin OINT	P	OTC; QL(454 GM por surtido al por menor)
neomycin-polymyxin w/ pramoxine	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin)	NP	OTC; QL(454 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
Antifúngicos tópicos		
clotrimazole (topical) CREA	P	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
clotrimazole (topical) SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor); RX/OTC
clotrimazole w/ betamethasone CREA	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
clotrimazole w/ betamethasone LOTN	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
econazole nitrate CREA	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
ketoconazole (topical) CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
ketoconazole (topical) SHAM 2 %	P	
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical))	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical))	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical))	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical))	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical))	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
miconazole nitrate (topical) CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC
nystatin (topical) CREA	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
nystatin (topical) OINT	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
nystatin (topical) POWD EX	P	QL(60 GM por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
nystatin-triamcinolone CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
nystatin-triamcinolone OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
terbinafine hcl (topical) CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (Use tolnaftate)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
tolnaftate CREA	P	OTC; QL(30 ML por surtido al por menor)
Antihistamínicos tópicos		
ITCH RELIEF CREA	P	OTC
Agentes antiinflamatorios tópicos		
diclofenac sodium (topical) GEL EX	P	QL(6.68 GM al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical))	NP	QL(6.68 GM al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos		
bexarotene (topical)	P	SP; PA
CARAC CREA	P	
EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical))	NP	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
fluorouracil (topical) CREA 5 %	P	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
fluorouracil (topical) CREA 0.5 %	P	
fluorouracil (topical) SOLN	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
TARGRETIN (Use bexarotene (topical))	NP	SP; PA
VALCHLOR	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
Antipruriginosos - tópicos		
<i>camphor & menthol</i> LOTN	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</i> CREA	P	
<i>calcipotriene</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
DOVONEX CREA (<i>Use calcipotriene</i>)	NP	
ILUMYA	P	SP; PA
SKYRIZI (150 MG DOSE) PSKT	P	SP; PA
SKYRIZI PEN SOAJ	P	SP; ST; PA
SKYRIZI SOSY	P	SP; PA
STELARA SOSY	P	SP; PA
TALTZ SOAJ	P	SP; PA
TALTZ SOSY	P	SP; PA
<i>tazarotene</i> CREA	P	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)
<i>tazarotene</i> GEL	P	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC CREA (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC GEL 0.05 %	P	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC GEL (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)
TREMFYA SOAJ 100 MG/ML	P	SP; PA
TREMFYA SOSY 100 MG/ML	P	SP; PA
Productos antiseborreicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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</i> LOTN 2.5 %	P	
<i>selenium sulfide</i> LOTN 1 %	P	
<i>selenium sulfide</i> SHAM 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium</i> LIQD	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical</i> CREA	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical</i> OINT	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)
Productos para quemaduras		
SILVADENE (<i>Use silver sulfadiazine</i>)	NP	
<i>silver sulfadiazine</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
Corticosteroides - tópicos		
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i>	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate CREA</i>	P	
<i>betamethasone valerate LOTN</i>	P	
<i>betamethasone valerate OINT</i>	P	
<i>clobetasol propionate emollient base 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor)
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use <i>fluocinolone acetonide</i>)	NP	QL(118.28 ML por surtido al por menor)
<i>desonide CREA</i>	P	
<i>desonide OINT</i>	P	QL(2 GM al día)
DESOWEN CREA (Use <i>desonide</i>)	NP	
<i>desoximetasone CREA 0.05 %</i>	P	
<i>desoximetasone CREA 0.25 %</i>	P	QL(2 GM al día)
<i>desoximetasone GEL</i>	P	QL(2 GM al día)
<i>desoximetasone OINT 0.25 %</i>	P	QL(2 GM al día)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 GM por surtido al por menor)
<i>fluocinolone acetonide OIL</i>	P	QL(118.28 ML por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluocinonide emulsified base</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>fluocinonide CREA 0.05 %</i>	P	QL(150 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor
<i>fluocinonide GEL</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>fluocinonide OINT</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>fluocinonide SOLN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>fluticasone propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>fluticasone propionate OINT</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK	NP	
<i>hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %</i>	P	OTC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %</i>	P	
<i>hydrocortisone (topical) CREA 1 %</i>	P	QL(454 por surtido al por menor); RX/OTC
<i>hydrocortisone (topical) LOTN 1 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)
<i>hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
<i>hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 %</i>	P	RX/OTC
<i>hydrocortisone butyrate SOLN</i>	P	
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
<i>mometasone furoate CREA</i>	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate OINT</i>	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate SOLN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone)	NP	
TOPICORT GEL (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA</i>	P	
<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 %</i>	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
<i>triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 %</i>	P	
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide)	NP	
Medicamentos para el eccema		
ADBRY SOSY	P	SP; PA
CIBINQO	P	SP; PA
Medicamentos emolientes/queratolíticos		
<i>urea CREA 40 %</i>	P	RX/OTC
<i>urea LOTN 40 %</i>	P	
Emolientes		
EMOLLIENT LOTION-MISC	P	RX/OTC
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA</i>	P	QL(385 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %</i>	P	QL(1368 GM por surtido al por menor); RX/OTC
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos inmunosupresores tópicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ELIDEL (Use pimecrolimus)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>pimecrolimus</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
PROTOPIC OINT 0.03 % (Use tacrolimus (topical))	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
PROTOPIC OINT 0.1 % (Use tacrolimus (topical))	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
<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
<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
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/vesicantes		
DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
KERALYT GEL (Use salicylic acid)	NP	
KERALYT GEL	P	OTC
<i>podofilox SOLN</i>	P	
<i>salicylic acid GEL 6 %</i>	P	
Anestésicos locales tópicos		
<i>capsaicin CREA 0.1 %</i>	P	OTC; QL(43 GM por surtido al por menor)
<i>capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %</i>	P	OTC; QL(60 GM por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin)	NP	OTC; QL(43 GM por surtido al por menor)
CAPZASIN-P CREA	P	OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)
CASTIVA WARMING LOTN	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)
<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<i>lidocaine OINT</i>	P	QL(100 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor
<i>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
LMX 4 CREA (Use <i>lidocaine</i>)	NP	OTC; QL(2 GM al día)
Medicamentos de uso tópico - varios		
CVS LANOLIN CREA	P	OTC
DRYSOL SOLN	P	
<i>lanolin (topical) CREA</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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SAWYER INSECT REPELLENT 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 (Use <i>metronidazole (topical)</i>)	NP	
METROLOTION LOTN (Use <i>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)
ELIMITE CREA (Use <i>permethrin</i>)	NP	QL(360 GM por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	OTC
<i>malathion</i>	P	QL(59 ML por surtido al por menor)
NATROBA (Use <i>spinosad</i>)	NP	Límite mínimo de 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 (Use <i>permethrin</i>)	NP	OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
OVIDE (Use malathion)	NP	QL(59 ML por surtido al por menor)
permethrin CREA	P	QL(360 GM por surtido al por menor)
permethrin LIQD EX	P	OTC
pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD	P	OTC
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %	P	OTC
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %	P	OTC
RID COMPLETE LICE ELIMINATION (Use pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover)	NP	OTC
RID LIQD 4 %-0.33 % (Use pyrethrins-piperonyl butoxide)	NP	OTC
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
spinosad	P	Límite mínimo de edad = 6 meses; QL(120 ML por surtido al por menor; 240 ML cada 30 días de venta al por menor)
Productos derivados del alquitrán		
coal tar extract SHAM 0.5 %	P	OTC
DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC
DHS TAR SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract)	NP	OTC
Productos para el cuidado de heridas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	P	SP; PA
APLIGRAF DISK	P	PA
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML	P	PA
EPICORD SHEE	P	PA
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT	P	PA
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+	P	PA
NOVACHOR	P	PA
OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED	P	PA
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED	P	PA
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS	P	PA
PROTEXT SUSP	P	PA
PURAPLY	P	PA
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
Medicamentos para diagnóstico		
CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin)	NP	SP; PA
cosyntropin SOLR	P	SP; PA
THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA
Análisis de diagnóstico		
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP	NP	RX/OTC
ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP	NP	RX/OTC
BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
CARESENS N GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)
CARETOUCH TEST STRP	NP	RX/OTC	FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON	P	OTC; QL(1 cada día)
CHEMSTRIP K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	FORA TN'G ADVANCE PRO STRP	NP	RX/OTC
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT	NP		GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT	NP	
CONTOUR PLUS TEST STRP	NP	RX/OTC	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT	NP		GOJJI BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP		GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP	NP	RX/OTC
CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT	NP		IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT	NP	
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC	KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	NOVA MAX PLUS KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	NP	
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP		ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT	NP	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP	NP	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ONETOUCH ULTRA TEST STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
ONETOUCH VERIO STRP	P	RX/OTC
ONETOUCH VERIO STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
PRECISION XTRA KETONE	P	OTC; QL(1 cada día)
PTS PANELS EGLU TEST STRP	NP	RX/OTC
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
RELION KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT	NP	
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas

Enzimas digestivas

CREON CPEP PO	P	PA inteligente (Smart PA)
---------------	---	---------------------------

DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial

Inhibidores de la anhidrasa carbónica

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>acetazolamide CP12 PO</i>	P	
<i>acetazolamide TABS PO</i>	P	
<i>dichlorphenamide PO</i>	P	SP; PA
<i>KEVEYIS PO (Use dichlorphenamide)</i>	NP	SP; PA
<i>methazolamide TABS PO</i>	P	
Combinaciones de diuréticos		
<i>ALDACTAZIDE PO (Use spironolactone & hydrochlorothiazide)</i>	NP	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>MAXZIDE-25 TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)</i>	NP	
<i>MAXZIDE TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)</i>	NP	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide PO</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide CAPS PO 25 MG-37.5 MG</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide TABS PO</i>	P	
Diuréticos de asa		
<i>bumetanide TABS PO</i>	P	
<i>BUMEX TABS PO 0.5 MG (Use bumetanide)</i>	NP	
<i>furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML</i>	P	
<i>furosemide TABS PO</i>	P	
<i>LASIX TABS PO (Use furosemide)</i>	NP	
<i>SOAANZ TABS PO 20 MG</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>torseamide TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
Diuréticos ahorradores de potasio		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ALDACTONE TABS PO (Use spironolactone)	NP	
amiloride hcl TABS PO	P	QL(4 cada día)
spironolactone TABS PO	P	
Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas		
chlorthalidone PO 25 MG, 50 MG	P	
hydrochlorothiazide CAPS PO	P	
hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG, 50 MG	P	
indapamide TABS PO 1.25 MG, 2.5 MG	P	
metolazone PO	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 PO 35 MG (Use risedronate sodium)	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA
alendronate sodium SOLN PO	P	QL(10.8 ML al día)
alendronate sodium TABS PO 35 MG, 70 MG	P	QL(0.15 cada día)
alendronate sodium TABS PO 5 MG, 10 MG	P	QL(1 cada día)
AELVIA TBEC PO (Use risedronate sodium)	NP	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
calcitonin (salmon) NA	P	1 paquete por surtido al por menor
calcitonin (salmon) IJ	P	QL(2 ML por surtido al por menor)
EVENITY	P	SP; PA
FORTEO SOPN (Use teriparatide)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FOSAMAX TABS PO 70 MG (Use alendronate sodium)	NP	QL(0.15 cada día)
ibandronate sodium SOLN	P	SP; PA
MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon))	NP	QL(2 ML por surtido al por menor)
NATPARA	P	SP; PA
pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML	P	SP; PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA
PROLIA SOSY	P	SP; PA
RECLAST SOLN (Use zoledronic acid)	NP	SP; PA
risedronate sodium TABS PO 35 MG	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
risedronate sodium TABS PO 5 MG, 30 MG	P	QL(1 cada día); PA
risedronate sodium TBEC PO	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
teriparatide SOPN	P	SP; PA
TERIPARATIDE SOPN	P	SP; PA
TYMLOS	P	SP; PA
XGEVA SOLN	P	SP; PA
zoledronic acid CONC	P	SP; PA
zoledronic acid SOLN	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 REDIRECT SOPN	P	PA
GONAL-F RFF SOLR SC	P	PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
GONAL-F SOLR IJ	P	PA
MENOPUR SC	P	PA
NOVAREL IM	P	PA
OVIDREL SOSY	P	PA
PREGNYL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE (Use <i>cetorelix acetate</i>)	NP	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (Use <i>ganirelix acetate</i>)	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
HUMATROPE CART IJ	P	SP; PA
NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA
ZORBTIVE SC	P	SP; PA
Moduladores de los receptores hormonales		
EVISTA PO (Use <i>raloxifene hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>raloxifene hcl PO</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 (6 MONTH) SC	P	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	P	SP; PA
SUPPRELIN LA	P	SP; PA
SYNAREL	P	SP; PA
TRIPTODUR	P	SP; PA
Modificadores metabólicos		
ALDURAZYME	P	SP; PA
<i>betaine PO</i>	P	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA
BUPHENYL POWD PO (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
BUPHENYL TABS PO (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
<i>calcitriol CAPS PO</i>	P	
CARBAGLU (Use <i>carglumic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>carglumic acid</i>	P	SP; PA
CARNITOR SF SOLN PO (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)
CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)
CARNITOR TABS PO (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(3 cada día)
<i>cinacalcet hcl PO</i>	P	SP; PA
CRYSVITA	P	SP; PA
CYSTADANE PO (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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
KUVAN TABS (<i>Use sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
levocarnitine (<i>metabolic modifiers</i>) SOLN PO 1 GM/10ML	P	QL(30 ML al día)
levocarnitine (<i>metabolic modifiers</i>) TABS PO	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
nitisinone CAPS PO	P	SP; PA
NITYR TABS	P	SP; PA
NULIBRY	P	SP; PA
ORFADIN CAPS PO (<i>Use nitisinone</i>)	NP	SP; PA
ORFADIN SUSP	P	SP; PA
PALYNZIQ	P	SP; PA
paricalcitol SOLN	P	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA
REVCOVI	P	SP; PA
ROCALTROL CAPS PO (<i>Use calcitriol</i>)	NP	
sapropterin dihydrochloride PACK	P	SP; PA
sapropterin dihydrochloride TABS	P	SP; PA
SENSIPAR PO (<i>Use cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA
sodium phenylbutyrate POWD PO	P	SP; PA
sodium phenylbutyrate TABS PO	P	SP; PA
STRENSIQ	P	SP; PA
VIMIZIM	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA
ZEMPLAR SOLN (<i>Use paricalcitol</i>)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Péptidos natriuréticos		
VOXZOGO	P	SP; PA
Hormonas de la hipófisis posterior		
DDAVP PF SOLN IJ (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
DDAVP TABS PO (<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 0.01 %</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 PO</i>	P	QL(6 cada día)
Medicamentos somatostáticos		
<i>octreotide acetate KIT</i>	P	SP; PA
<i>octreotide acetate SOLN</i>	P	SP; PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (<i>Use octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG	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 TBPk	P	SP; PA
SAMSCA TABS (<i>Use tolvaptan</i>)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>tolvaptan TABS</i>	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVELLA TABS PO 1 MG-0.5 MG (<i>Use estradiol & norethindrone acetate</i>)	NP	QL(1 cada día)
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>estradiol & norethindrone acetate TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol PO</i>	P	
PREMPHASE PO	P	
PREMPRO PO	P	
Estrógenos		
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	P	QL(8 por surtido al por menor)
CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.06 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor)
ESTRACE TABS PO (<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 PO</i>	P	
MINIVELLE PTTW (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
PREMARIN TABS PO	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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
CIPRO TABS PO 250 MG, 500 MG (<i>Use ciprofloxacin hcl</i>)	NP	
<i>levofloxacin TABS PO</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin PO 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios		
Antiflatulentos		
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP PO (<i>Use simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone CHEW PO 80 MG</i>	P	OTC
<i>simethicone LIQD PO</i>	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone SUSP PO</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 PO	P	SP; PA
URSO 250 TABS PO (<i>Use ursodiol</i>)	NP	QL(7 cada día)
<i>ursodiol CAPS PO</i>	P	
<i>ursodiol TABS PO 250 MG</i>	P	QL(7 cada día)
Estimulantes gastrointestinales		
GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML</i>	P	
<i>metoclopramide hcl TABS PO</i>	P	
REGLAN TABS PO (<i>Use metoclopramide hcl</i>)	NP	
Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)		
BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
BYLVAY CAPS	P	SP; PA
LIVMARLI	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios intestinales		
APRISO CP24 (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
ASACOL HD TBEC PO (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
AVSOLA	P	SP; PA
AZULFIDINE EN-TABS TBEC PO (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
AZULFIDINE TABS PO (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
<i>balsalazide disodium CAPS PO</i>	P	QL(9 cada día)
COLAZAL CAPS PO (<i>Use balsalazide disodium</i>)	NP	QL(9 cada día)
DELZICOL CPDR PO (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
LIALDA TBEC PO (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
<i>mesalamine CP24</i>	P	
<i>mesalamine CPDR PO</i>	P	
<i>mesalamine ENEM PR</i>	P	QL(60 ML al día)
<i>mesalamine TBEC PO</i>	P	
SFROWASA ENEM PR	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
<i>sulfasalazine TABS PO</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>sulfasalazine TBEC PO</i>	P	
Acidificadores intestinales		
<i>lactulose (encephalopathy) PO</i>	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
<i>calcium acetate (phosphate binder) CAPS PO</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 PO</i>	P	
<i>sodium citrate & citric acid PO</i>	NP	RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid PO</i>	P	QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
UROKIT-K 10 TBCR PO (<i>Use potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
UROKIT-K 5 TBCR PO (<i>Use potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
Medicamentos contra la cistitis		
CYSTAGON CAPS PO	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR PO	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
<i>sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %</i>	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
<i>finasteride PO</i>	P	QL(1 cada día)
FLOMAX PO (<i>Use tamsulosin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
PROSCAR PO (<i>Use finasteride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>tamsulosin hcl PO</i>	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF TABS PO (<i>Use phenazopyridine hcl</i>)	NF	
<i>phenazopyridine hcl TABS PO 100 MG, 200 MG</i>	P	
PYRIDIUM TABS PO (<i>Use phenazopyridine hcl</i>)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (<i>Use tiopronin</i>)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (<i>Use 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 PO</i>	P	
Medicamentos contra la gota		
<i>allopurinol PO 100 MG, 300 MG</i>	P	
<i>colchicine TABS PO</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
COLCRYS TABS PO (<i>Use colchicine</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYLOPRIM PO (<i>Use allopurinol</i>)	NP	
Uricosúricos		
<i>probenecid PO</i>	P	
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
ADVATE	P	SP; PA
ADYNOVATE	P	SP; PA
AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT	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
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
KOGENATE FS KIT	P	SP; PA
KOVALTRY	P	SP; PA
NOVOSEVEN RT	P	SP; PA
NUWIQ KIT	P	SP; PA
NUWIQ SOLR	P	SP; PA
OBIZUR	P	SP; PA
PROFILNINE	P	SP; PA
REBINYN	P	SP; PA
RECOMBINATE SOLR	P	SP; PA
RIASTAP	P	SP; PA
RIXUBIS SOLR	P	SP; PA
SEVENFACT	P	SP; PA
TRETTEN	P	SP; PA
VONVENDI	P	SP; PA
WILATE KIT	P	SP; PA
XYNTHA	P	SP; PA
XYNTHA SOLOFUSE	P	SP; PA
Antagonistas del receptor B2 de la bradicinina		
FIRAZYR SOSY (Use <i>icatibant acetate</i>)	NP	SP; PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY	P	SP; PA
Inhibidores del complemento		
BERINERT KIT	P	SP; PA
CINRYZE SOLR IV	P	SP; PA
ENJAYMO	P	SP; PA
HAEGARDA SOLR SC	P	SP; PA
RUCONEST	P	SP; PA
TAVNEOS	P	SP; PA
Medicamentos hemorreológicos		
<i>pentoxifylline</i> PO	P	
Hemín		
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA
Proteína C humana		
CEPROTIN	P	SP; PA
Inhibidores de la calicreína plasmática		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KALBITOR	P	SP; PA
ORLADEYO	P	SP; PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA
Proteínas plasmáticas		
RYPLAZIM	P	SP; PA
THROMBATE III	P	SP; PA
Inhibidores de la agregación plaquetaria		
BRILINTA PO	P	QL(2 cada día)
CABLIVI	P	SP; PA
<i>cilostazol</i> PO	P	QL(2 cada día)
<i>clopidogrel bisulfate</i> PO 75 MG	P	
<i>dipyridamole</i> PO	P	
EFFIENT PO (Use <i>prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
PLAVIX PO 75 MG (Use <i>clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl</i> PO	P	QL(1 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPK	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	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
ENDARI (<i>Use glutamine (sickle cell)</i>)	NP	SP; PA
<i>glutamine (sickle cell)</i>	P	SP; PA
OXBRYTA TABS 500 MG	P	SP; PA
OXBRYTA TBSO	P	SP; PA
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 PO 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>folic acid TABS PO 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 EA daily)
Factores de crecimiento hematopoyético		
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZARXIO	P	SP; PA
Mezclas hematopoyéticas		
<i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS PO	P	QL(1 cada día)
Suplementos de hierro		
FER-IN-SOL SOLN PO (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ML al día)
FERRETTES TABS PO	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>ferrous fumarate TABS PO</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
FERROUS GLUCONATE TABS PO 324 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate SOLN PO 15 MG/ML, 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 ML al día)
<i>ferrous sulfate SOLN PO 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TABS PO 325 MG, 65 MG, 325 MG</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TBEC PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
FERROUS SULFATE TBEC PO (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 50 años)
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW PO	P	OTC
IRON TABS PO 28 MG	P	OTC
<i>polysaccharide iron complex CAPS PO</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		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
Hemostáticos - sistémicos		
AMICAR SOLN PO (Use aminocaproic acid)	NP	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP
AMICAR TABS PO 1000 MG (Use aminocaproic acid)	NP	SP; PA
AMICAR TABS PO 500 MG (Use aminocaproic acid)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP
aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML	P	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML	P	SP; PA
aminocaproic acid TABS PO 500 MG	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
aminocaproic acid TABS PO 1000 MG	P	SP; PA
LYSTEDA TABS PO (Use tranexamic acid)	NP	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
tranexamic acid TABS PO	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Antihistamínicos hipnóticos		
diphenhydramine hcl (sleep) CAPS PO 50 MG	P	OTC
diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 50 MG	P	OTC
diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 25 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
doxylamine succinate (sleep) PO	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS PO (Use diphenhydramine hcl (sleep))	NP	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UNISOM SLEEPTABS PO (Use doxylamine succinate (sleep))	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
phenobarbital ELIX PO	P	
phenobarbital TABS PO	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS PO (Use zolpidem tartrate)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
flurazepam hcl PO	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HALCION PO 0.25 MG (Use triazolam)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
midazolam hcl SOLN IJ	P	
RESTORIL PO 15 MG, 30 MG (Use temazepam)	NP	AL(AI menos 18 años)
temazepam PO 15 MG, 30 MG	P	AL(AI menos 18 años)
triazolam PO	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon PO 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon PO 5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zolpidem tartrate TABS PO	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 PO	P	OTC; QL(10 cada día)
EVAC POWD PO (Use psyllium)	NP	OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD PO (Use psyllium)	NP	
METAMUCIL POWD PO (Use psyllium)	NP	OTC
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD PO	P	OTC
psyllium CAPS PO 0.52 GM	P	OTC
psyllium POWD PO 43 %	P	
psyllium POWD PO 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %	P	OTC
psyllium POWD PO 43 %	NP	
Combinaciones de laxantes		
GOLYTELY SOLR PO (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate)	NP	QL(4000 ML por surtido al por menor)
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR PO	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride PO	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
PEG-PREP PO	P	
sennosides-docusate sodium TABS PO	P	OTC; QL(4 cada día)
SENOKOT S TABS PO (Use sennosides-docusate sodium)	NP	OTC; QL(4 cada día)
sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate	P	
SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate)	NP	
Laxantes - varios		
GLYCERIN (ADULT) SUPP PR (Use glycerin (laxative))	NP	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
glycerin (laxative) SUPP PR 2 GM	P	OTC
lactulose SOLN PO	P	
MIRALAX POWD PO (Use polyethylene glycol 3350)	NP	QL(34 GM al día)
polyethylene glycol 3350 POWD PO	P	QL(34 GM al día)
SORBITOL PO 70 %	P	OTC
Laxantes salinos		
FLEET ENEMA ENEM PR (Use sodium phosphates)	NP	OTC
FLEET PEDIATRIC ENEM PR (Use sodium phosphates)	NP	OTC
FLEET SALINE ENEMA ENEM PR (Use sodium phosphates)	NP	OTC
magnesium citrate PO 1.745 GM/30ML	P	OTC
magnesium hydroxide SUSP PO 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML	P	OTC; QL(992 ML cada 30 días de venta al por menor)
sodium phosphates ENEM PR	P	OTC
Laxantes estimulantes		
bisacodyl SUPP PR	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
bisacodyl TBEC PO	P	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC PO (Use bisacodyl)	NP	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX SUPP PR (Use bisacodyl)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
DULCOLAX TBEC PO (Use bisacodyl)	NP	OTC; QL(1 cada día)
sennosides TABS PO 8.6 MG	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
SEKOT TABS PO (Use sennosides)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
Laxantes surfactantes		
COLACE CLEAR CAPS PO (Use docusate sodium)	NP	OTC
COLACE CAPS PO 100 MG (Use docusate sodium)	NP	OTC; QL(3 cada día)
docusate sodium CAPS PO 100 MG, 250 MG	P	OTC; QL(3 cada día)
docusate sodium CAPS PO 50 MG	P	OTC
docusate sodium LIQD PO 50 MG/5ML, 100 MG/10ML	P	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRP PO	P	OTC
docusate sodium TABS PO	P	OTC
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Azitromicina		
azithromycin PACK PO	P	QL(2 por surtido al por menor)
azithromycin SUSR PO 100 MG/5ML	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
azithromycin SUSR PO 200 MG/5ML	P	QL(30 ML por surtido al por menor)
azithromycin TABS PO 500 MG	P	QL(4 cada día)
azithromycin TABS PO 600 MG	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
azithromycin TABS PO 250 MG	P	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX TRI-PAK TABS PO (Use azithromycin)	NP	QL(4 cada día)
ZITHROMAX Z-PAK TABS PO (Use azithromycin)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX PACK PO	P	QL(2 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZITHROMAX SUSR PO 100 MG/5ML (Use azithromycin)	NP	QL(15 ML por surtido al por menor)
ZITHROMAX SUSR PO 200 MG/5ML (Use azithromycin)	NP	QL(30 ML por surtido al por menor)
ZITHROMAX TABS PO 250 MG (Use azithromycin)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX TABS PO 500 MG (Use azithromycin)	NP	QL(4 cada día)
Claritromicina		
clarithromycin SUSR PO 125 MG/5ML	P	QL(100 ML surtido al por menor)
clarithromycin SUSR PO 250 MG/5ML	P	QL(200 ML surtido al por menor)
clarithromycin TABS PO	P	QL(28 por surtido al por menor)
clarithromycin TB24 PO	P	QL(14 por surtido al por menor)
Eritromicinas		
E.E.S. GRANULES SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
ERYPED 200 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
ERYPED 400 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
erythromycin base CPEP PO	P	
erythromycin base TABS PO	P	
erythromycin base TBEC PO	P	
erythromycin ethylsuccinate SUSR PO	P	
erythromycin ethylsuccinate TABS PO	P	
erythromycin stearate TABS PO 250 MG	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Vendas-Apósitos-Adhesivos		
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC
Anticonceptivos		
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC
Suministros para diabéticos		
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC
CONTOUR NEXT EZ KIT	NP	RX/OTC
CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT	NP	RX/OTC
CONTOUR PLUS BLUE KIT	NP	RX/OTC
DEXCOM G6 RECEIVER	NP	
DEXCOM G7 RECEIVER	NP	
DEXCOM G7 SENSOR	NP	
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER	NP	
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	NP	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 2 READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 3 READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LIBRE READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
FREESTYLE LITE KIT	NP	RX/OTC
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP	
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED	NP	
LANCETS-MISC	P	QL (6.67 cada día); OTC
LANCING DEVICE-MISC	P	OTC
MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT KIT	NP	
ONETOUCH ULTRA 2 KIT	P	RX/OTC
ONETOUCH ULTRA MINI KIT	P	RX/OTC
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT	P	RX/OTC
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	P	RX/OTC
ONETOUCH VERIO KIT	P	RX/OTC
TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC
Dispositivos varios		
ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC
Suministros ópticos y oftálmicos		
SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA
Suministros para terapia parenteral		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
AQINJECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
EASY COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC
INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC
INSUPEN PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	NP	RX/OTC
PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
Suministros para terapia respiratoria		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ASSESS PEAK FLOW METER	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK 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
CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE 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
CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC	P	QL(1 ML cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE FULL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE LOW RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE PAPER MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
EASY FLOW 300 MM HOSE 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
EASY FLOW AIR NOZZLE 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
EBASE CONTROLLER KIT MISC	P	QL(1 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
FILTER AIR PP 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
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	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
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC	P	QL(1 cada 360 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
HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 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
KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
LITETOUCH MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 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
LUNG PERFORM PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
MASK VORTEX/CHILD/FROG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MASK VORTEX/TODDLER/LAD YBUG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW	P	RX/OTC
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
MINIELITE FILTER REPLACEMENTS 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
NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC	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
NEBULIZER MASK CHILD 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
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ONE FLOW TESTER MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
PANDA MASK LARGE	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
PANDA MASK SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI BABY CONVERSION KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK 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
PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI	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
PARI SMARTMASK BABY/ELBOW 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
PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI VORTEX ADULT MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEAK A-I-R FLOW METER	P	RX/OTC
PEAK AIR PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
PEDIATRIC MOUTHPIECE 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
PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC
PFLEX MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PIKO 1	P	RX/OTC
PILLOW MASK/ADULT 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
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKET PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
POCKETPEAK PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PURE COMFORT FLOW METER ADULT	P	RX/OTC
PURE COMFORT FLOW METER CHILD	P	RX/OTC
REPLACEMENT AIR FILTER 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
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SAMI THE SEAL FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK 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 MED 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
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR	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 ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
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 PO (Use <i>ergotamine w/ caffeine</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>ergotamine w/ caffeine</i> TABS PO	P	AL(AI menos 18 años)
Productos contra la migraña		
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN NA 4 MG/ML	P	AL(AI menos 18 años)
MIGRANAL SOLN NA (Use <i>dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
Agonistas de la serotonina		
<i>eletriptan hydrobromide</i> PO	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use <i>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 (Use <i>sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use <i>sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX TABS PO (Use <i>sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MAXALT-MLT TBDP PO 10 MG (Use <i>rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(0.4 cada día)
MAXALT TABS PO 10 MG (Use <i>rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>naratriptan hcl</i> PO	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
RELPAK PO (Use <i>eletriptan hydrobromide</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS PO	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>rizatriptan benzoate</i> TBDP PO	P	QL(0.4 cada día)
<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> SOCT 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6 MG/0.5ML	P	QL(2.5 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>sumatriptan succinate TABS PO</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan SOLN 5 MG</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan TABS PO</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>zolmitriptan TBDP PO</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan)</i>	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>ZOMIG TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan)</i>	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)

MINERALES Y ELECTROLITOS

Calcio		
<i>CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS PO</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS PO 600 MG-200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS PO 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT</i>	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>CALTRATE 600+D3 TABS PO (Use calcium carbonate-cholecalciferol)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>CALTRATE BONE HEALTH TABS PO (Use calcium carbonate-cholecalciferol)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>oyster shell PO</i>	P	OTC
<i>OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS PO 500 MG-200 UNIT</i>	P	OTC
<i>PARVA-CAL PO 200 UNIT-500 MG</i>	P	OTC
<i>QC CALCIUM 500MG-D3 TABS PO</i>	P	OTC
Mezclas de electrolitos		
<i>BIOLYTE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>CERASPORT EX1 SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>CERASPORT SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>ENFAMIL ENFALYTE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>EQUALYTE SOLN PO (Use oral electrolytes)</i>	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>FT ELECTROLYTE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>HYDRALYTE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>KINDERLYTE PREMAX SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>KINDERLYTE SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>oral electrolytes SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN PO (Use oral electrolytes)</i>	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN PO (Use oral electrolytes)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
PEDIALYTE SINGLES SOLN PO (Use oral electrolytes)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
PEDIALYTE SOLN PO (Use oral electrolytes)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
TRUELYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
Flúor		
<i>sodium fluoride CHEW PO</i>	P	AL(Hasta 15 años)
<i>sodium fluoride SOLN PO</i>	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
SOLUVITA SOLN PO	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
Magnesio		
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS PO	P	OTC
<i>magnesium oxide (mg supplement) TABS PO</i>	P	OTC
MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS PO	P	OTC
MAGOX 400 TABS PO (Use <i>magnesium oxide (mg supplement)</i>)	NP	OTC
Fosfato		
K-PHOS-NEUTRAL PO (Use <i>pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic</i>)	NP	QL(8 cada día)
<i>pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic PO</i>	P	QL(8 cada día)
Potasio		
K-TAB TBCR PO 10 MEQ (Use <i>potassium chloride</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>potassium bicarbonate TBEF PO</i>	P	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er PO</i>	P	
<i>potassium chloride CPCR PO 8 MEQ</i>	P	QL(1 cada día)
<i>potassium chloride CPCR PO 10 MEQ</i>	P	
<i>potassium chloride PACK PO 20 MEQ</i>	P	
<i>potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 %</i>	P	
<i>potassium chloride TBCR PO 8 MEQ, 10 MEQ</i>	P	
Zinc		
<i>zinc sulfate CAPS PO</i>	P	QL(100 por surtido al por menor)
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
Tejido alogénico		
RETHYMIC	P	SP; PA
Agentes quelantes		
DEPEN TITRATABS TABS PO (Use <i>penicillamine</i>)	NP	
<i>penicillamine TABS PO</i>	P	
SYPRINE PO (Use <i>trientine hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>trientine hcl PO 250 MG</i>	P	SP; PA
<i>trientine hcl PO 500 MG</i>	P	SP
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide PO</i>	P	SP; PA
REVLIMID PO	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
THALOMID PO	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM	P	SP; PA
azathioprine TABS PO 50 MG	P	
azathioprine TABS PO 75 MG, 100 MG	P	PA
CELLCEPT CAPS PO (Use mycophenolate mofetil)	NP	
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil)	NP	
CELLCEPT TABS PO (Use mycophenolate mofetil)	NP	
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS PO	P	
cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN PO	P	
cyclosporine CAPS PO	P	
cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA
IMURAN TABS PO (Use azathioprine)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA
mycophenolate mofetil CAPS PO	P	
mycophenolate mofetil SUSR	P	
mycophenolate mofetil TABS PO	P	
mycophenolate sodium PO	P	
MYFORTIC PO (Use mycophenolate sodium)	NP	
NEORAL CAPS PO (Use cyclosporine modified (for microemulsion))	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEORAL SOLN PO (Use cyclosporine modified (for microemulsion))	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS PO (Use tacrolimus)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA
RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus)	NP	
RAPAMUNE TABS PO (Use sirolimus)	NP	
SANDIMMUNE CAPS PO (Use cyclosporine)	NP	
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	P	
sirolimus SOLN	P	
sirolimus TABS PO	P	
tacrolimus CAPS PO	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 TBPK	P	SP; PA
Medicamentos eliminadores de potasio		
sodium polystyrene sulfonate POWD PO	P	
sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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 PARA TRATAMIENTO DE AFECCIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES		
Anestésicos tópicos orales		
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
Antiinfecciosos - Garganta		
NYSTATIN (<i>Use nystatin (mouth-throat)</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
Antisépticos - Bucales/Garganta		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	P	
PERIDEX (<i>Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>)	NP	
Productos dentales		
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
PREVIDENT GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
<i>sodium fluoride (dental) CREA</i>	P	PA
<i>sodium fluoride (dental) GEL</i>	P	
<i>sodium fluoride (dental) PSTE DT</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Productos periodontales		
ARESTIN	P	SP; PA
Esteroides - Bucales/Garganta/Dental		
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	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 SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
CAPHOSOL SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
CVS DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOI-STIR SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOUTH KOTE REMINT SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOUTH KOTE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
ORAL RELIEF SPRAY SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>pilocarpine hcl (oral) PO 5 MG</i>	P	QL(6 cada día)
RA DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
SALAGEN PO 5 MG (<i>Use pilocarpine hcl (oral)</i>)	NP	QL(6 cada día)
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del complejo B		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>b-complex vitamins CAPS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	<i>multiple vitamin TABS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex vitamins TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)	MULTIVITAMIN ADULT TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con C			MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b complex w/ c CAPS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	NEOMULTIVITE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con ácido fólico			OMNICAP TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS PO</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC	ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid TABS PO</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC	ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con hierro			ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>multiple vitamins w/ iron TABS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día)	ONE-A-DAY MENS TABS PO (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con minerales			QUINTABS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC	THERA TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas			THEREMS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ALTRIXA TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	TM-DAILY VITE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	TRUE MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro		
ESTROFACTORS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN PO</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FOLCYTEINE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con minerales		
GENICIN VITA-Q TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con flúor		
MULTI VITAMIN W/D-3 TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
MULTI VITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 1 MG	P	RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORIVA PLUS SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.25 MG, 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl SOLN PO</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
<i>pediatric vitamins acid w/ fluoride SOLN PO</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN PO	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con hierro		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
POLY-VITA/IRON SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
POLY-VITE/IRON SOLN PO	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
Multivitaminas pediátricas		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
POLY-VI-SOL SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
POLY-VITA SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	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 PO</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 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA
<i>baclofen TABS PO 10 MG, 20 MG</i>	P	
<i>chlorzoxazone TABS PO 500 MG</i>	P	
<i>cyclobenzaprine hcl TABS PO 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>cyclobenzaprine hcl TABS PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GABLOFEN SOLN IT <i>(Use baclofen)</i>	NP	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
LIORESAL SOLN IT	P	SP; PA
LIORESAL SOLN IT <i>(Use baclofen)</i>	NP	SP; PA
<i>methocarbamol TABS PO 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>orphenadrine citrate TB12 PO</i>	P	
<i>tizanidine hcl TABS PO</i>	P	
ZANAFLEX TABS PO 4 MG <i>(Use tizanidine hcl)</i>	NP	
Viscosuplementos		
DUROLANE PRSY	P	SP; PA
EUFLEXXA SOSY	P	SP; PA
GEL-ONE	P	SP; PA
GELSYN-3 SOSY	P	SP; PA
GENVISC 850 SOSY	P	SP; PA
HYALGAN SOLN	P	SP; PA
HYALGAN SOSY	P	SP; PA
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 - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	P	OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
LITTLE REMEDIES SALINE 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 0.1 %</i> , 137 MCG/SPRAY	P	
<i>azelastine hcl 0.15 %</i> , 205.5 MCG/SPRAY	P	QL(30 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (<i>Use cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (<i>Use fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>flunisolide (nasal)</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
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (<i>Use triamcinolone acetonide (nasal)</i>)	NP	AL(AI menos 2 años)
<i>triamcinolone acetonide (nasal) AERO</i>	P	AL(AI menos 2 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Descongestionantes simpaticomiméticos		
ADRENALIN 0.1 % (<i>Use epinephrine hcl (nasal)</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>epinephrine hcl (nasal)</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS PO</i>	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
<i>pseudoephedrine hcl TABS PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine hcl TB12 PO</i>	P	OTC; QL(62 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
SUDAFED CHILDRENS LIQD PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED PE CHILDRENS SOLN PO	P	OTC; QL(120 ML por surtido al por menor)
SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS PO (<i>Use phenylephrine hcl (oral)</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
SUDAFED SINUS CONGESTION TABS PO (<i>Use pseudoephedrine hcl</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED TABS PO (<i>Use pseudoephedrine hcl</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES - Medicamentos para relajar/paralizar los músculos		
Medicamentos contra la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)		
<i>edaravone SOLN</i>	P	SP; PA
EXSERVAN FILM	P	SP; PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	P	SP; PA
RADICAVA ORS SUSP	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
RADICAVA SOLN (<i>Use edaravone</i>)	NP	SP; PA
RILUTEK TABS PO (<i>Use riluzole</i>)	NP	PA
<i>riluzole TABS PO</i>	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 20.6-21.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 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		
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
POLYCOSE POWD PO	P	OTC; QL(350 GM por surtido al por menor)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Sustancias nutritivas varias		
<i>omega-3 fatty acids CAPS PO 1000 MG, 1200 MG</i>	P	OTC; QL(6 cada día)
<i>omega-3 fatty acids CPDR PO 1200 MG</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)
<i>DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL</i>	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)
<i>TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
<i>TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Midriáticos ciclopléjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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	
<i>CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)</i>	NP	
<i>cyclopentolate hcl 1 %, 2 %</i>	P	
<i>cyclopentolate hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<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		
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>	P	
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis		
BEOVU SOLN	P	SP; PA
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML	P	SP; PA
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML, 3.75 MG/0.15ML	P	PA
EYLEA HD SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOSY	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML	P	SP; PA
LUCENTIS SOSY	P	SP; PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN	P	SP; PA
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	P	SP; PA
VABYSMO SOLN	P	SP; PA
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
IOPIDINE	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<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)
CILOXAN OINT	P	
CILOXAN SOLN (Use <i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>)	NP	
<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)
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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		
LUXTURN A	P	SP; PA
Anestésicos oftálmicos locales		
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P	
Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica		
VISUDYNE	P	SP; PA
Fotoprotectores oftálmicos		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA
Esteroides oftálmicos		
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>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-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
MAXITROL SUSP (Use <i>neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyx-dexameth OINT</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyx-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)
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	NP	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TOBRADEX SUSP (Use <i>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 (Use <i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>)	NP	QL(10 ML por surtido al por menor)
ACULAR LS (Use <i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>)	NP	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
ALOCRIAL	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 (Use <i>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)
<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	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth))	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		
latanoprost SOLN	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 (Use latanoprost)	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		
acetic acid (otic)	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
carbamide peroxide (otic) 6.5 %	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic))	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)

Antiinfecciosos óticos		
ofloxacin (otic)	P	QL(10 ML por surtido al por menor)

Combinaciones óticas		
CIPRODEX (Use ciprofloxacin-dexamethasone)	NP	QL(7.5 ML por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
ciprofloxacin-dexamethasone	P	QL(7.5 ML por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)
pramoxine-hc-chloroxylonol	P	QL(15 ML por surtido al por menor)

Esteroides óticos		
-------------------	--	--

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))	NP	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
fluocinolone acetonide (otic)	P	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
hydrocortisone w/acetic acid	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)

OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas

Oxitócicos

methylergonovine maleate TABS PO	P	
----------------------------------	---	--

MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia

Sueros inmunitarios

BIVIGAM SOLN 10 GM/100ML	P	SP; PA
BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML	P	PA
CUTAQUIG	P	SP; PA
CUVITRU SOLN	P	SP; PA
CYTOGAM SOLN	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML	P	PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN	P	SP; PA
GAMASTAN	P	SP; PA
GAMMAGARD	P	SP; PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	P	SP; PA
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML	P	SP; PA
GAMMAPLEX SOLN	P	SP; PA
GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML	P	PA
GAMMUNEX-C	P	SP; PA
HEPAGAM B SOLN IJ	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
HIZENTRA SOLN	P	SP; PA
HIZENTRA SOSY	P	SP; PA
HYPERHEP B SOLN IM	P	SP; PA
HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA
HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT	P	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP; PA
NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA
OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML	P	PA
OCTAGAM SOLN	P	SP; PA
PANZYGA	P	SP; PA
PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML	P	SP; PA
PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML	P	PA
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP
RHOPHYLAC SOSY IJ	P	SP; PA
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA
XEMBIFY	P	SP; PA
Anticuerpos monoclonales		
BEYFORTUS	P	SP; PA
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 PO</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin CHEW PO 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR PO</i>	P	
AMOXICILLIN SUSR PO (Use <i>amoxicillin</i>)	NP	
<i>amoxicillin TABS PO 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS PO 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR PO</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS PO</i>	P	
Combinaciones de penicilinas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 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 PO 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12 PO</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
AUGMENTIN ES-600 SUSR PO (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
AUGMENTIN SUSR PO 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS PO 125 MG-500 MG (<i>Use amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinasa		
<i>dicloxacillin sodium PO</i>	P	
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
Medicamentos e ingredientes internos		
SIMPLYTHICK PO	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
SIMPLYTHICK EASY MIX PO	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
Excipientes líquidos		
FLAVOR BLEND SUSP PO	P	RX/OTC
FLAVOR PLUS LIQD PO	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET-SF SYRP PO	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET SYRP PO	P	RX/OTC
<i>glycine diluent</i>	P	SP; PA
GRAPE SYRUP SYRP PO	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SF SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SF SYRP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SUSPEND SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SYRP PO	P	RX/OTC
ORA-BLEND SF SUSP PO	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ORA-BLEND SUSP PO	P	RX/OTC
ORAL MIX SF SUSP PO	P	RX/OTC
ORAL MIX SUSP PO	P	RX/OTC
ORAL SUSPEND LIQD PO	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SF SYRP PO	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SYRP PO	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD PO	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD PO	P	RX/OTC
ORA-PLUS LIQD PO	P	RX/OTC
ORA-SWEET SF SYRP PO 10 %-9 %	P	RX/OTC
ORA-SWEET SYRP PO 4 %-5 %-54 %	P	RX/OTC
PCCA SWEET-SF SYRP PO	P	RX/OTC
PCCA SYRUP VEHICLE SYRP PO	P	RX/OTC
PCCA-PLUS SUSP PO	P	RX/OTC
SOSWEET SYRP PO	P	RX/OTC
STERILE DILUENT FLOLAN PH 12	P	SP; PA
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (<i>Use glycine diluent</i>)	NP	SP; PA
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP PO	P	RX/OTC
SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP PO	P	RX/OTC
SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP PO	P	RX/OTC
SUSPENSION VEHICLE SUSP PO	P	RX/OTC
SYRPALTA (RED) SYRP PO	P	RX/OTC
SYRPALTA SYRP PO	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
SYRSPEND SF LIQD PO	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SF SYRP PO	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SYRP PO	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP PO	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP PO	P	RX/OTC
VERSAFREE SYRP PO	P	RX/OTC
VERSAPLUS SYRP PO	P	RX/OTC
Excipientes semisólidos		
<i>Ilanolin XX</i>	P	
LANOLIN XX	P	
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/ modificación hormonal		
Progestinas		
AYGESTIN TABS PO (Use <i>norethindrone acetate</i>)	NP	
<i>hydroxyprogesterone caproate OIL</i>	P	QL(2 ML por surtido al por menor; 2 ML cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA OIL (Use <i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	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
<i>medroxyprogesterone acetate PO 2.5 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	
<i>norethindrone acetate TABS PO</i>	P	
<i>progesterone CAPS PO 100 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
<i>progesterone CAPS PO 200 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROMETRIUM CAPS PO 100 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS PO 200 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROVERA PO 5 MG, 10 MG (Use <i>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 PO 250 MG</i>	P	
Medicamentos anticatapléjicos		
SODIUM OXYBATE SOLN PO	P	SP; PA
XYREM SOLN PO	P	SP; PA
XYWAV	P	SP; PA
Medicamentos contra la demencia		
ARICEPT TABS PO 5 MG, 10 MG (Use <i>donepezil hydrochloride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>donepezil hydrochloride TABS PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use <i>rivastigmine</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
<i>galantamine hydrobromide CP24 PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>galantamine hydrobromide SOLN PO</i>	P	QL(6 ML al día)
<i>galantamine hydrobromide TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>memantine hcl SOLN PO 2 MG/ML</i>	P	QL(2 ML al día); PA
<i>memantine hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día); PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>memantine hcl TABS PO</i>	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TITRATION PAK TABS PO (<i>Use memantine hcl</i>)	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TABS PO (<i>Use memantine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); PA
RAZADYNE ER CP24 PO (<i>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 PO</i>	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
<i>perphenazine-amitriptyline PO</i>	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
SAVELLA TABS PO	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
<i>tetrabenazine PO</i>	P	SP; PA
XENAZINE PO (<i>Use tetrabenazine</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
AMPYRA (<i>Use dalfampridine</i>)	NP	SP; PA
AUBAGIO PO (<i>Use teriflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PREFILLED PSKT	P	SP; PA
BAFIERTAM	P	SP; PA
COPAXONE SOSY (<i>Use glatiramer acetate</i>)	NP	SP
<i>dalfampridine</i>	P	SP; PA
<i>dimethyl fumarate CDPK</i>	P	SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
EXTAVIA KIT	P	SP; PA
<i>ingolimod hcl PO</i>	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA PO (<i>Use ingolimod hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
<i>glatiramer acetate SOSY</i>	P	SP
KESIMPTA	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC	P	SP; PA
PLEGRIDY SOAJ	P	SP; PA
PLEGRIDY SOSY IM	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE SOAJ	P	SP; PA
REBIF TITRATION PACK SOSY	P	SP; PA
REBIF SOSY	P	SP; PA
TECFIDERA CDPK (<i>Use dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (<i>Use dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
<i>teriflunomide PO</i>	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) PO</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (<i>Use varenicline tartrate</i>)	NP	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (<i>Use nicotine</i>)	NP	QL(1 cada día)
NICORETTE MINI LOZG (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
NICORETTE STARTER KIT GUM (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE GUM (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE LOZG (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
<i>nicotine polacrilex GUM</i>	P	QL(24 cada día)
<i>nicotine polacrilex LOZG</i>	P	QL(20 cada día)
NICOTINE KIT	P	
<i>nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ML al día)
NICOTROL INHA	P	QL(16.8 cada día)
<i>varenicline tartrate TABS PO</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
PROLASTIN-C SOLR	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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 PO (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
OFEV	P	SP; PA
<i>pirfenidone CAPS</i>	P	SP; PA
<i>pirfenidone TABS PO</i>	P	SP; PA
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclina		
ACTICLATE TABS PO (<i>Use doxycycline hyclate</i>)	NF	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS PO 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline (monohydrate) TABS PO 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline hyclate CAPS PO</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TABS PO 100 MG</i>	P	
<i>minocycline hcl CAPS PO</i>	P	
<i>tetracycline hcl CAPS PO 500 MG</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
VIBRAMYCIN CAPS PO (Use <i>doxycycline hyclate</i>)	NP	
MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas		
Medicamentos antitiroideos		
<i>methimazole</i> TABS PO	P	
<i>propylthiouracil</i> PO	P	
Hormonas tiroideas		
ADTHYZA TABS PO 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
ARMOUR THYROID TABS PO	P	
CYTOMEL TABS PO (Use <i>liothyronine sodium</i>)	NP	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS PO	P	
<i>liothyronine sodium</i> TABS PO	P	
NIVA THYROID TABS PO	P	
NP THYROID TABS PO	P	
SYNTHROID TABS PO (Use <i>levothyroxine sodium</i>)	P	
THYROID TABS PO 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 DT SUSP	P	
INFANRIX	P	
KINRIX SUSY	P	
PEDIARIX SUSY	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PENTACEL	P	
QUADRACEL SUSP	P	
QUADRACEL SUSY	P	
TDVAX SUSP	P	
TENIVAC INJ	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD 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</i> CAPS PO	P	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN PO	P	QL(496 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>dicyclomine hcl</i> TABS PO	P	
<i>glycopyrrolate</i> TABS PO 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate</i> ELIX PO	P	
<i>hyoscyamine sulfate</i> ELIX PO	NP	
HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
<i>hyoscyamine sulfate</i> SOLN PO 0.125 MG/ML	P	
<i>hyoscyamine sulfate</i> SOLN PO 0.125 MG/ML	NP	
<i>hyoscyamine sulfate</i> SUBL 0.125 MG	NP	
<i>hyoscyamine sulfate</i> SUBL 0.125 MG	P	
<i>hyoscyamine sulfate</i> TABS PO 0.125 MG	P	
<i>hyoscyamine sulfate</i> TABS PO 0.125 MG	NP	
<i>hyoscyamine sulfate</i> TB12 PO 0.375 MG	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate</i> TBDP PO 0.125 MG	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>hyoscyamine sulfate</i> TBDP PO 0.125 MG	NP	
LEVBID TB12 PO (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 cada día)
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	
ROBINUL-FORTE TABS PO (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
ROBINUL TABS PO (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
Antagonistas H-2		
<i>cimetidine hcl</i> PO 300 MG/5ML	P	
<i>cimetidine</i> TABS PO	P	RX/OTC
<i>famotidine</i> SUSR PO	P	
<i>famotidine</i> TABS PO 20 MG, 40 MG	P	RX/OTC
<i>famotidine</i> TABS PO 10 MG	P	OTC
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC
PEPCID AC TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	OTC
PEPCID TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC
TAGAMET HB 200 TABS PO (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC
TAGAMET HB TABS PO (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC
Medicamentos antiulcerosos - varios		
CARAFATE SUSP PO (Use <i>sucralfate</i>)	NP	QL(420 ML por surtido al por menor)
CARAFATE TABS PO (Use <i>sucralfate</i>)	NP	
<i>sucralfate</i> SUSP PO	P	QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>sucralfate</i> TABS PO	P	
Inhibidores de la bomba de protones		

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENACTRA	P	
MENQUADFI	P	
MENVEO SOLN	P	
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23 SOLN	P	
PNEUMOVAX 23 SOSY	P	
PREVNAR 13	P	
PREVNAR 20	P	
TRUMENBA	P	
TYPHIM VI SOLN	P	
TYPHIM VI SOSY	P	
VAXCHORA	P	
VAXNEUVANCE	P	
VIVOTIF PO	P	
Vacunas derivadas de virus		
ABRYSVO	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
ACAM2000	P	
AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
AFLURIA SUSP	P	
AREXVY	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
COMIRNATY SUSP	P	
COMIRNATY SUSY	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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
DENGVAXIA	P		GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	HAVRIX	P	
ENGERIX-B SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	HEPLISAV-B SOSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUAD	P		IMOVAX RABIES SUSR	P	
FLUAD QUADRIVALENT	P		IPOL	P	
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P		IXIARO	P	
FLUARIX SUSY	P		JANSSEN COVID-19 VACCINE	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT	P		JYNNEOS	P	
FLUBLOK SOSY	P		M-M-R II SOLR	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P		MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P		MODERNA COVID-19 BIVALENT	P	
FLUCELVAX SUSP	P		MODERNA COVID-19 VAC (BOOSTER) SUSP	P	
FLUCELVAX SUSY	P		MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP	P	
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P		MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY	P	
FLULAVAL SUSY	P		MODERNA COVID-19 VACC 6M-5Y SUSP	P	
FLUMIST	P		MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP	P	
FLUMIST QUADRIVALENT	P		NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P		NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY	P	
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		PFIZER COVID-19 BIVAL 6MO-4YR	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		PFIZER COVID-19 VAC BIVAL 5-11	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT	P	
FLUZONE SUSP	P		PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP	P	
FLUZONE SUSY	P				
GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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 COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP	P	
PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP	P	
PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
PRIORIX SUSR	P	
PROQUAD SUSR	P	
RABAVERT	P	
RECOMBIVAX HB SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
RECOMBIVAX HB SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
ROTARIX SUSP	P	
ROTARIX SUSR PO	P	
ROTATEQ SOLN PO	P	
SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
SPIKEVAX SUSP	P	
SPIKEVAX SUSY	P	
STAMARIL SUSR	P	
TICOVAC	P	
TWINRIX SUSY	P	
VAQTA	P	
VARIVAX SUSR	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
YF-VAX INJ	P	
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
Antiinfecciosos vaginales		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CLEOCIN CREA (<i>Use clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (<i>Use clotrimazole vaginal</i>)	NP	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNE-LOTRIMIN CREA (<i>Use clotrimazole vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<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)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (<i>Use miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	
MONISTAT 3 CREA (<i>Use miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (<i>Use 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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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 antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF (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		
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ</i>	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
<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 0.15 MG/0.15ML</i>	NP	
EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
Medicamentos para la hipotensión ortostática		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
neurogénica (NOH)		
<i>droxidopa</i>	P	SP; PA
NORTHERA (Use <i>droxidopa</i>)	NP	SP; PA
Vasopresores		
<i>midodrine hcl PO</i>	P	
VITAMINAS		
Vitaminas solubles en aceite		
BABY DDROPS LIQD PO (Use <i>cholecalciferol</i>)	NP	Límite de edad = menos de 6 meses
<i>cholecalciferol CAPS PO 1000 UNIT, 2000 UNIT, 25 MCG, 50 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT</i>	P	OTC; QL(100 por surtido al por menor)
<i>cholecalciferol CAPS PO 125 MCG, 5000 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>cholecalciferol CAPS PO 1.25 MG, 50000 UNIT</i>	P	OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)
<i>cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>	P	
<i>cholecalciferol LIQD PO</i>	P	Límite de edad = menos de 6 meses
DRISDOL CAPS PO (Use <i>ergocalciferol</i>)	NP	
D-VI-SOL LIQD PO (Use <i>cholecalciferol</i>)	NP	
<i>ergocalciferol CAPS PO</i>	P	
<i>ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML</i>	P	
KEY-E CHEW PO	P	QL(2 cada día)
MEPHYTON TABS PO (Use <i>phytonadione</i>)	NP	
<i>phytonadione TABS PO 5 MG</i>	P	
VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML	P	Límite de edad = 6 meses a 1 año

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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>vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
VITAMIN E CAPS PO	P	OTC; QL(2 cada día)
VITAMIN E CHEW PO	P	OTC; QL(2 cada día)
Vitaminas solubles en agua		
<i>ascorbic acid TABS PO</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
B-1 TABS PO	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
NIACIN ER CPR PO	P	OTC
NIACIN ER TBCR PO	P	OTC
<i>niacin CPR PO 250 MG, 500 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TABS PO 500 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TBCR PO</i>	P	OTC
<i>pyridoxine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	OTC
<i>riboflavin TABS PO</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
SLO-NIACIN TBCR PO (Use niacin)	NP	OTC
<i>thiamine hcl TABS PO</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>thiamine mononitrate TABS PO 100 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de enero de 2025

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

abacavir sulfate SOLN PO _____	39	acetaminophen SUPP PR 120 MG, 650 MG _____	5	ACTOS PO (Use pioglitazone hcl)	21
abacavir sulfate TABS PO _____	39	ACETAMINOPHEN SUPP PR _____	5	ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	88
abacavir sulfate-lamivudine PO _____	39	acetaminophen SUSP PO 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	88
ABECMA _____	32	acetaminophen TABS PO 325 MG, 500 MG _____	5	acyclovir CAPS PO _____	42
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	38	acetaminophen w/ codeine SOLN PO	7	acyclovir SUSP PO _____	42
ABILIFY MAINTENA SRER _____	39	acetaminophen w/ codeine TABS PO 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG _____	7	acyclovir TABS PO 400 MG _____	42
ABILIFY TABS PO (Use aripiprazole)	39	acetaminophen w/ codeine TABS PO 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir TABS PO 800 MG _____	42
abiraterone acetate	32	acetaminophen w/ codeine TABS PO 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir topical CREA _____	53
ABRAXANE _____	36	acetaminophen w/ codeine TABS PO 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir topical OINT _____	53
ABRYSVO _____	97	acetazolamide CP12 PO _____	59	ADACEL SUSP _____	95
ABSORICA PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____	50	acetazolamide TABS PO _____	59	ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 3	
ACAM2000 _____	97	acetic acid (otic) _____	89	ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT 3	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP	57	acetylcysteine SOLN _____	50	ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ACCUPRIL PO (Use quinapril hcl)	26	ACNE MEDICATION 10 LOTN _____	50	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ACCURETIC PO 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) 27		ACNE MEDICATION 5 LOTN _____	51	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ACCURETIC PO 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) 27		ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ACCURETIC PO 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	27	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT 3	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____	72	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML _____	3
acebutolol hcl CAPS PO _____	43	ACTHIB SOLR IM _____	97	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT _____	3
acetaminophen CHEW PO _____	5	ACTICLATE TABS PO (Use doxycycline hyclate) _____	94	ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) AJKT _____	3
acetaminophen ELIX PO _____	5	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML _____	35	ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER) AJKT _____	3
acetaminophen LIQD PO 160 MG/5ML _____	5	ACTIVELLA TABS PO 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	63	ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT 3	
acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACTIVITY POUCH MISC _____	72	ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____	3

ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	72	ALDACTONE TABS PO (Use	
.....72		spironolactone) _____	60
ADBRY SOSY _____	55	ALDURAZYME _____	61
ADCETRIS _____	31	ALECENSA _____	34
ADCIRCA TABS PO (Use tadalafil		alendronate sodium SOLN PO ____	60
(pulmonary hypertension)) _____	45	alendronate sodium TABS PO 35	
ADDERALL TABS PO (Use		MG, 70 MG _____	60
amphetamine-dextroamphetamine) .1		alendronate sodium TABS PO 5 MG,	
ADDERALL XR CP24 PO (Use		10 MG _____	60
amphetamine-dextroamphetamine) .1		ALEVE TABS PO (Use naproxen	
ADEMPAS PO _____	45	sodium) _____	4
ADMELOG SOLN IJ _____	20	ALFERON N _____	35
ADMELOG SOLOSTAR SOPN ____	20	ALIMTA SOLR (Use pemetrexed	
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine		disodium) _____	31
hcl (nasal)) _____	84	ALIQOPA _____	34
ADTHYZA TABS PO 15 MG, 30 MG,		ALKERAN IV (Use melphalan hcl)	30
60 MG, 90 MG, 120 MG _____	95	ALKERAN PO (Use melphalan) ____	30
ADULT AEROSOL MASK MISC _	72	ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC .	
ADULT DISPOSABLE MISC ____	72	72	
ADULT MASK LARGE MISC ____	72	ALLEGRA ALLERGY TABS PO 180	
ADVAIR DISKUS AEPB (Use		MG (Use fexofenadine hcl) _____	24
fluticasone-salmeterol) _____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS PO 60	
ADVATE _____	65	MG (Use fexofenadine hcl) _____	24
ADVIL COLD/SINUS TABS PO (Use		allopurinol PO 100 MG, 300 MG__	65
pseudoephedrine-ibuprofen) ____	48	ALOCRIAL _____	88
ADVIL TABS PO (Use ibuprofen)__	4	alogliptin benzoate _____	20
ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST		alogliptin-metformin hcl _____	18
KIT _____	57	alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG,	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE		30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45	
.....71		MG-12.5 MG, 45 MG-25 MG ____	18
ADYNOVATE _____	65	ALOMIDE _____	88
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING		ALORA PTTW 0.025 MG/24HR,	
MISC _____	72	0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR ____	63
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC		ALPHANATE SOLR _____	65
.....72			
AEROECLIPSE MASK MEDIUM			
MISC _____	72		
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC			
.....72			
AEROTRACH PLUS MISC _____	72		
AFINITOR DISPERZ TBSO (Use			
everolimus) _____	34		
AFINITOR TABS (Use everolimus)			
.....34			
AFLURIA PRESERVATIVE FREE			
SUSY _____	97		
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP			
.....97			
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY			
0.5 ML _____	97		
AFLURIA SUSP _____	97		
AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000			
UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500			
UNIT _____	65		
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK			
MISC _____	72		
AIRZONE PEAK FLOW METER .			
72			
albuterol sulfate AERS _____	11		
albuterol sulfate NEBU 0.083 %__	11		
albuterol sulfate NEBU 0.63			
MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____	11		
albuterol sulfate NEBU _____	11		
ALBUTEROL SULFATE NEBU ____	11		
albuterol sulfate SYRP PO _____	11		
albuterol sulfate TABS PO _____	11		
ALCOHOL PREP PADS-MISC ____	71		
ALDACTAZIDE PO (Use			
spironolactone &			
hydrochlorothiazide) _____	59		

ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____	59	65	amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG _____	90
alprazolam TABS PO _____	9		amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-875 MG _____	90
ALPROLIX _____	65		amoxicillin & pot clavulanate TB12 PO _____	90
ALTACE CAPS PO 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _	26		amoxicillin CAPS PO _____	90
ALTRIXA TABS PO _____	81		amoxicillin CHEW PO 125 MG, 250 MG _____	90
alum & mag hydrox-simethicone LIQD PO _____	8		AMOXICILLIN SUSR PO (Use amoxicillin) _____	90
alum & mag hydrox-simethicone SUSP PO 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML-400 MG/10ML _____	9		amoxicillin SUSR PO _____	90
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP PO _____	9		amoxicillin TABS PO 875 MG _____	90
ALUNBRIG TABS PO _____	34		amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____	97
ALUNBRIG TBPK _____	34		amphetamine-dextroamphetamine CP24 PO 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG _____	1
amantadine hcl CAPS PO _____	36		amphetamine-dextroamphetamine TABS PO _____	1
amantadine hcl SOLN _____	36		ampicillin CAPS PO 500 MG _____	90
AMARYL PO 1 MG, 2 MG (Use glimepiride) _____	21		AMPYRA (Use dalfampridine) _____	93
AMARYL PO 4 MG (Use glimepiride) 21			ANAFRANIL PO 75 MG (Use clomipramine hcl) _____	18
AMBIEN TABS PO (Use zolpidem tartrate) _____	68		ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8
ambrisentan PO _____	45		ANAPROX DS TABS PO (Use naproxen sodium) _____	4
AMICAR SOLN PO (Use aminocaproic acid) _____	68		anastrozole PO _____	32
AMICAR TABS PO 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____	68		ANDEXXA 200 MG _____	22
AMICAR TABS PO 500 MG (Use aminocaproic acid) _____	68		ANTARA PO 30 MG, 90 MG (Use fenofibrate micronized) _____	25
amiloride & hydrochlorothiazide PO			ANTI-DIARRHEAL LIQD PO _____	22
amiloride hcl TABS PO _____	60		ANTIVERT CHEW PO (Use meclizine hcl) _____	22
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	68			
aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML _____	68			
aminocaproic acid TABS PO 1000 MG _____	68			
aminocaproic acid TABS PO 500 MG _____	68			
amiodarone hcl TABS PO 200 MG	10			
amitriptyline hcl TABS PO _____	18			
AMLADEX TABS PO _____	81			
amlodipine besylate TABS PO _____	43			
amlodipine besylate-benazepril hcl PO _____	27			
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil PO _____	27			
amlodipine besylate-valsartan PO	.27			
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide PO _____	27			
AMNIOTIC MEMBRANE				
ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	.57			
AMONDYS 45 _____	85			
amoxapine PO _____	18			
amoxicillin & pot clavulanate CHEW PO _____	90			
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML	90			
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	90			
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML	90			

ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal))	8	ARMOUR THYROID TABS PO	95	atenolol TABS PO	43
APLIGRAF DISK	57	ARNUIITY ELLIPTA	11	ATGAM	79
APOKYN SOCT	37	AROMASIN PO (Use exemestane)	32	ATIVAN TABS PO (Use lorazepam)	10
apomorphine hydrochloride SOCT	37	arsenic trioxide	35	atomoxetine hcl PO	1
APO-VARENICLINE TABS PO	93	ARZERRA	31	atorvastatin calcium TABS PO	25
apraclonidine hcl	87	ASACOL HD TBEC PO (Use mesalamine)	64	ATRIPLA PO (Use efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate)	39
APRISO CP24 (Use mesalamine)	64	ascorbic acid TABS PO	101	atropine sulfate (ophthalmic) OINT	86
APTIVUS CAPS	39	ASMANEX HFA AERO	11	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN	86
AQINJECT PEN NEEDLE	72	ASPARLAS	35	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic))	86
AQUORAL SOLN	80	aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide) PO	6	ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	86
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	94	aspirin CHEW PO	6	ATROVENT HFA	10
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN	67	ASPIRIN SUPP PR 300 MG	6	AUBAGIO PO (Use teriflunomide)	93
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY	67	aspirin TABS PO 325 MG	6	AUGMENTIN ES-600 SUSR PO (Use amoxicillin & pot clavulanate)	90
ARAVA PO (Use leflunomide)	5	aspirin TBEC PO 81 MG, 325 MG	6	AUGMENTIN SUSR PO 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	91
ARCALYST	3	ASSESS PEAK FLOW METER	72	AUGMENTIN TABS PO 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)	91
ARESTIN	80	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	72	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	72
AREXVY	97	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	72	AUM PEN NEEDLE	72
ARICEPT TABS PO 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride)	92	ATACAND HCT PO (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide)	27	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	100
ARIKAYCE	2	ATACAND PO (Use candesartan cilexetil)	26	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	100
ARIMIDEX PO (Use anastrozole)	32	atazanavir sulfate CAPS PO 150 MG, 200 MG	39	AVALIDE PO (Use irbesartan-hydrochlorothiazide)	27
aripiprazole SOLN PO	39	atazanavir sulfate CAPS PO 300 MG	39	AVAPRO PO (Use irbesartan)	26
aripiprazole TABS PO	39	ATELVIA TBEC PO (Use risedronate sodium)	60	AVEED SOLN	8
aripiprazole TBDP PO	39	atenolol & chlorthalidone PO	27		
ARISTADA	39				
ARISTADA INITIO	39				
ARIXTRA (Use fondaparinux sodium)	12				

AVONEX PEN AJKT _____	93	sulfasalazine) _____	64	BELBUCA FILM _____	8
AVONEX PREFILLED PSKT _____	93	b complex w/ c CAPS PO _____	81	BELEODAQ _____	34
AVSOLA _____	64	B-1 TABS PO _____	101	BELRAPZO SOLN _____	30
AYGESTIN TABS PO (Use norethindrone acetate) _____	92	BABY DDROPS LIQD PO (Use cholecalciferol) _____	100	BENADRYL ALLERGY CAPS PO (Use diphenhydramine hcl) _____	23
AYVAKIT _____	33	bacitracin (ophthalmic) _____	87	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD PO (Use diphenhydramine hcl)	23
azacitidine SUSR _____	31	bacitracin (topical) OINT _____	51	BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS PO _____	23
azathioprine TABS PO 50 MG ____	79	bacitracin zinc OINT _____	51	BENADRYL ALLERGY TABS PO (Use diphenhydramine hcl) _____	23
azathioprine TABS PO 75 MG, 100 MG _____	79	bacitracin-polymyxin b (ophth) ____	87	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS PO (Use diphenhydramine hcl)	23
AZEDRA DOSIMETRIC _____	35	baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	83	.....	23
AZEDRA THERAPEUTIC _____	35	baclofen TABS PO 10 MG, 20 MG	83	BACTRIM DS TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	28
azelastine hcl (ophth) _____	88	BACTRIM TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	28	benazepril & hydrochlorothiazide PO .	27
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	84	BAFIERTAM _____	93	benazepril hcl PO 40 MG _____	26
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	84	balsalazide disodium CAPS PO ____	64	benazepril hcl PO 5 MG, 10 MG, 20 MG _____	26
azithromycin PACK PO _____	70	BALVERSA _____	34	BENDAMUSTINE HCL SOLN ____	30
azithromycin SUSR PO 100 MG/5ML	70	BANZEL SUSP (Use rufinamide) .	13	bendamustine hcl SOLR _____	30
azithromycin SUSR PO 200 MG/5ML	70	BANZEL TABS PO (Use rufinamide) .	13	BENDEKA SOLN _____	30
azithromycin TABS PO 250 MG ____	70	BAVENCIO _____	31	BENEFIX KIT _____	65
azithromycin TABS PO 500 MG ____	70	BCG VACCINE _____	97	BENICAR HCT PO (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) ____	27
azithromycin TABS PO 600 MG ____	70	b-complex vitamins CAPS PO ____	81	BENICAR PO (Use olmesartan medoxomil) _____	26
AZO URINARY PAIN RELIEF TABS PO (Use phenazopyridine hcl) ____	65	b-complex vitamins TABS PO ____	81	BENLYSTA SOAJ _____	79
AZOPT (Use brinzolamide) _____	88	b-complex w/ c & folic acid CAPS PO	81	BENLYSTA SOLR _____	79
AZOR PO (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____	27	b-complex w/ c & folic acid TABS PO	81	BENLYSTA SOSY _____	79
AZULFIDINE EN-TABS TBEC PO (Use sulfasalazine) _____	64	BD GLUCOSE CHEW PO _____	19	BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____	51
AZULFIDINE TABS PO (Use		BD PEN NEEDLES _____	72	BENZNIDAZOLE _____	9

benzonatate PO 100 MG _____	48	bexarotene PO _____	35	BOOSTRIX SUSY _____	95
benzonatate PO 200 MG _____	48	BEXSERO _____	97	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG _____	34
benzoyl peroxide BAR _____	51	BEYFORTUS _____	90	bortezomib SOLR IJ _____	34
benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	51	bicalutamide PO _____	32	bosentan TABS _____	45
benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	51	BIKTARVY _____	39	BOSULIF TABS _____	34
benztropine mesylate TABS PO ___	36	BI-MIX SOLR _____	44	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO _____	83
BEOVU SOLN _____	86	BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	57	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE SOLN PO _____	82
BERINERT KIT _____	66	BIOLYTE SOLN PO _____	77	BRAFTOVI PO 75 MG _____	34
BESPONSA _____	31	BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT _____	71	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC _____	73
BESREMI _____	35	BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SOLN _____	80	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC _____	73
betaine PO _____	61	BIOTHRAX _____	97	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	73
betamethasone dipropionate (topical) CREA _____	54	bisacodyl SUPP PR _____	69	BREYANZI _____	32
betamethasone dipropionate augmented CREA _____	54	bisacodyl TBEC PO _____	69	BRIDION SOLN _____	22
betamethasone valerate CREA ___	54	bismuth subsalicylate CHEW PO 262 MG _____	21	BRILINTA PO _____	66
betamethasone valerate LOTN ___	54	bismuth subsalicylate SUSP PO 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML _____	21	brimonidine tartrate 0.2 % _____	87
betamethasone valerate OINT ___	54	bisoprolol & hydrochlorothiazide PO . 27		BRINEURA _____	61
BETAPACE AF PO (Use sotalol hcl (afib/af)) _____	43	bisoprolol fumarate PO _____	43	brinzolamide _____	88
BETAPACE TABS PO 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) ___	43	BIVIGAM SOLN 10 GM/100ML ___	89	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML _	13
betaxolol hcl (ophth) SOLN _____	86	BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML _____	89	bromocriptine mesylate CAPS PO .37	
bethanechol chloride PO _____	97	BLENREP _____	31	bromocriptine mesylate TABS PO 2.5 MG _____	37
BETHKIS NEBU (Use tobramycin) .2		BLEPHAMIDE S.O.P. OINT _____	87	brompheniramine & phenyleph ELIX PO _____	48
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML, 3.75 MG/0.15ML _____	86	BLINCYTO _____	31	brompheniramine & pseudoeph ELIX PO _____	48
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML ___	86	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP _____	57	brompheniramine & pseudoeph LIQD PO 15 MG/5ML-1 MG/5ML _____	48
bexarotene (topical) _____	52	BLULINK GLUCOSE TEST STRP	57		
		BOOSTRIX SUSP _____	95		

BRONCHITOL _____	94	bupropion hcl (smoking deterrent) PO	CAFFEINE CITRATED POWD _____	1
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	94	.....93	CALAN SR TBCR PO (Use	
BRUKINSA _____	34	bupropion hcl TABS PO	verapamil hcl) _____	43
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK		bupropion hcl TB12 PO 100 MG ...	calcipotriene CREA _____	53
MISC _____	73	... 16	calcipotriene SOLN _____	53
budesonide (inhalation) SUSP ____	11	bupropion hcl TB12 PO 200 MG ...	calcitonin (salmon) IJ _____	60
budesonide-formoterol fumarate		bupropion hcl TB24 PO 150 MG ...	calcitonin (salmon) NA _____	60
dihydrate _____	11	... 16	calcitriol CAPS PO _____	61
budesonide-formoterol fumarate		bupropion hcl TB24 PO 300 MG ...	CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY	
dihydrate 160 MCG/ACT-4.5		buspirone hcl PO 15 MG	TABS PO _____	77
MCG/ACT _____	11	.....9	calcium acetate (phosphate binder)	
budesonide-formoterol fumarate		buspirone hcl PO 5 MG, 10 MG	CAPS PO _____	64
dihydrate 80 MCG/ACT-4.5		.....9	calcium carbonate (antacid) CHEW	
MCG/ACT _____	11	butalbital-acetaminophen TABS PO	PO 500 MG _____	9
BUFFERIN PO (Use aspirin buffered		50 MG-325 MG _____	calcium carbonate-cholecalciferol	
(cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6	butalbital-acetaminophen-caffeine	TABS PO 10 MCG-600 MG, 20	
bumetanide TABS PO _____	59	CAPS PO 40 MG-50 MG-325 MG _	MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG,	
BUMEX TABS PO 0.5 MG (Use		5	800 UNIT-600 MG _____	77
bumetanide) _____	59	butalbital-acetaminophen-caffeine w/	calcium carbonate-cholecalciferol	
BUPHENYL POWD PO (Use sodium		codeine PO 30 MG-40 MG-50 MG-	TABS PO 200 UNIT-500 MG, 5	
phenylbutyrate) _____	61	325 MG _____	MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG ____	77
BUPHENYL TABS PO (Use sodium		butalbital-aspirin-caffeine CAPS PO	calcium carbonate-vitamin d TABS	
phenylbutyrate) _____	61	5	PO 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125	
BUPRENEX SOLN (Use		butalbital-aspirin-caffeine w/cod PO	UNIT _____	77
buprenorphine hcl) _____	8	7	calcium carbonate-vitamin d TABS	
buprenorphine hcl SOLN _____	8	BYLVAY (PELLETS) CPSP _____	PO 600 MG-200 UNIT _____	77
buprenorphine hcl SUBL _____	8	64	calcium polycarbophil TABS PO __	68
buprenorphine hcl-naloxone hcl		BYLVAY CAPS _____	CALQUENCE _____	34
dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1		64	CALTRATE 600+D3 TABS PO (Use	
MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____	8	CABLIVI _____	calcium carbonate-cholecalciferol) .	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl		66	CALTRATE BONE HEALTH TABS	
dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____	8	CABOMETYX TABS PO 20 MG, 60	PO (Use calcium carbonate-	
buprenorphine hcl-naloxone hcl		MG _____	cholecalciferol) _____	77
dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____	8	34	camphor & menthol LOTN _____	53
buprenorphine hcl-naloxone hcl		CABOMETYX TABS PO 40 MG _	CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl)	
dihydrate SUBL _____	8	34		
		CAFCIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use		
		caffeine citrate) _____		
		1		
		CAFERGOT TABS PO (Use		
		ergotamine w/ caffeine) _____		
		76		
		caffeine citrate SOLN PO _____		
		1		

36		carbidopa-levodopa TABS PO ____	37	(Use levocarnitine (metabolic modifiers))_____	61
CAMZYOS _____	44	carbidopa-levodopa TBCR PO ____	37	CARNITOR TABS PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) .	61
candesartan cilexetil PO _____	26	carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML _____	30	61	
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide PO _____	27	CARDIZEM CD CP24 PO 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____	43	carteolol hcl (ophth) _____	86
capecitabine PO _____	31	CARDIZEM CD CP24 PO 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _	43	carvedilol phosphate PO _____	42
CAPHOSOL SOLN _____	80	CARDIZEM TABS PO 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _	43	carvedilol PO 25 MG _____	42
CAPRELSA PO _____	34	CARDURA PO (Use doxazosin mesylate) _____	26	carvedilol PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____	42
capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % .	55	CARESENS N GLUCOSE TEST STRP _____	57	CARVYKTI _____	32
capsaicin CREA 0.1 % _____	55	CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT _____	58	CASODEX PO (Use bicalutamide)	32
captopril & hydrochlorothiazide PO 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG _____	27	CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____	73	CASTIVA WARMING LOTN _____	56
captopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-50 MG _____	27	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC _____	73	CAYSTON _____	29
captopril PO _____	26	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____	73	cefaclor CAPS PO _____	45
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____	56	CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC _____	73	cefaclor SUSR PO 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	45
CAPZASIN-P CREA _____	56	CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC _____	73	cefadroxil CAPS PO _____	45
CARAC CREA _____	52	CARETOUCH TEST STRP _____	58	cefadroxil SUSR PO _____	45
CARAFATE SUSP PO (Use sucralfate) _____	96	CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC _____	73	cefadroxil TABS PO _____	45
CARAFATE TABS PO (Use sucralfate) _____	96	carglumic acid _____	61	cefdinir CAPS PO _____	45
CARBAGLU (Use carglumic acid) .	61	CARNITOR SF SOLN PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) .	61	cefdinir SUSR PO _____	45
carbamazepine CHEW PO 100 MG .	13	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML		cefixime CAPS PO _____	46
carbamazepine SUSP PO _____	13			cefprozil SUSR PO _____	45
carbamazepine TABS PO _____	13			cefprozil TABS PO _____	45
carbamazepine TB12 PO _____	13			ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____	46
carbamide peroxide (otic) 6.5 % ____	89			cefuroxime axetil TABS PO _____	45
carbidopa PO _____	36			CELEXA TABS PO 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16
				CELEXA TABS PO 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16
				CELEXA TABS PO 40 MG (Use	

citalopram hydrobromide)_____ 16	chlordiazepoxide hcl CAPS PO ___ 10	cholestyramine light PACK PO ___ 24
CELLCEPT CAPS PO (Use mycophenolate mofetil)_____ 79	chlorhexidine gluconate (mouth- throat)_____ 80	cholestyramine light POWD PO ___ 25
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil)_____ 79	chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %39	cholestyramine PACK PO_____ 25
CELLCEPT TABS PO (Use mycophenolate mofetil)_____ 79	chloroquine phosphate TABS PO 250 MG _____ 29	cholestyramine POWD PO _____ 25
CENTANY OINT _____ 51	chloroquine phosphate TABS PO 500 MG _____ 29	CHORIONIC GONADOTROPIN IM 60
cephalexin CAPS PO 250 MG, 500 MG _____ 45	chlorpheniramine maleate SYRP PO . 23	CIBINQO _____ 55
cephalexin SUSR PO _____ 45	chlorpheniramine maleate TABS PO . 23	cilostazol PO _____ 66
CEPROTIN _____ 66	chlorpromazine hcl TABS PO 10 MG . 38	CILOXAN OINT _____ 87
CERASPORT EX1 SOLN PO ___ 77	chlorpromazine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____ 38	CILOXAN SOLN (Use ciprofloxacin hcl (ophth)) _____ 87
CERASPORT SOLN PO _____ 77	chlorthalidone PO 25 MG, 50 MG .60	CIMDUO _____ 39
CERDELGA _____ 66	CHLOR-TRIMETON SYRP PO (Use chlorpheniramine maleate)_____ 23	cimetidine hcl PO 300 MG/5ML ___ 96
CEREZYME 400 UNIT _____ 66	CHLOR-TRIMETON TABS PO (Use chlorpheniramine maleate)_____ 23	cimetidine TABS PO _____ 96
cetirizine hcl CHEW PO _____ 24	chlorzoxazone TABS PO 500 MG .83	cinacalcet hcl PO _____ 61
cetirizine hcl SOLN PO _____ 24	CHOLBAM _____ 63	CINQAIR _____ 10
cetirizine hcl SYRP PO _____ 24	cholecalciferol CAPS PO 1.25 MG, 50000 UNIT _____ 100	CINRYZE SOLR IV _____ 66
cetirizine hcl TABS PO _____ 24	cholecalciferol CAPS PO 1000 UNIT, 2000 UNIT, 25 MCG, 50 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT _____ 100	CIPRO TABS PO 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl)_____ 63
cetirizine-pseudoephedrine PO ___ 48	cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____ 100	CIPRODEX (Use ciprofloxacin- dexamethasone)_____ 89
cetrorelix acetate _____ 61	cholecalciferol LIQD PO _____ 100	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ___ 87
CETROTIDE (Use cetrorelix acetate) .....61		ciprofloxacin hcl TABS PO 100 MG 63
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Use varenicline tartrate) ___ 93		ciprofloxacin hcl TABS PO 250 MG, 500 MG, 750 MG _____ 63
CHEMET PO _____ 22		ciprofloxacin-dexamethasone ____ 89
CHEMSTRIP K STRP _____ 58		cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML _____ 30
CHENODAL PO _____ 63		CISPLATIN SOLR _____ 30
CHILDRENS ADVIL SUSP PO 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____ 4		citalopram hydrobromide SOLN PO 16
CHILDRENS MOTRIN SUSP PO 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____ 4		citalopram hydrobromide TABS PO

10 MG _____	16	CLEOCIN PO (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____	29	clomipramine hcl PO 75 MG _____	18
citalopram hydrobromide TABS PO 20 MG _____	16	CLEOCIN PO 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	29	clonazepam TABS PO _____	12
citalopram hydrobromide TABS PO 40 MG _____	16	CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	51	clonidine hcl (adhd) TB12 PO _____	1
cladribine 10 MG/10ML _____	31	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____	73	clonidine hcl TABS PO _____	26
clarithromycin SUSR PO 125 MG/5ML _____	70	CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.06 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR (Use estradiol) _____	63	clopidogrel bisulfate PO 75 MG _____	66
clarithromycin SUSR PO 250 MG/5ML _____	70	CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	51	clorazepate dipotassium TABS PO 10 _____	
clarithromycin TABS PO _____	70	clindamycin hcl PO 150 MG, 300 MG _____	29	clotrimazole (topical) CREA _____	52
clarithromycin TB24 PO _____	70	clindamycin palmitate hydrochloride PO _____	29	clotrimazole (topical) SOLN _____	52
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN PO (Use loratadine) _____	24	clindamycin phosphate (topical) GEL 51 _____	51	clotrimazole vaginal CREA 1 % _____	99
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP PO (Use loratadine) _____	24	clindamycin phosphate (topical) LOTN _____	51	clotrimazole vaginal CREA 2 % _____	99
CLARITIN REDITABS TBDP PO 10 MG (Use loratadine) _____	24	clindamycin phosphate (topical) SOLN _____	51	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____	52
CLARITIN REDITABS TBDP PO 5 MG (Use loratadine) _____	24	clindamycin phosphate vaginal CREA _____	99	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____	52
CLARITIN SOLN PO (Use loratadine) _____	24	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT _____	58	clozapine TABS PO _____	38
CLARITIN TABS PO (Use loratadine) _____	24	clobetasol propionate CREA 0.05 % _____	54	CLOZARIL TABS PO (Use clozapine) _____	38
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 PO (Use loratadine & pseudoephedrine) . 48		clobetasol propionate emollient base 0.05 % _____	54	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC _____	73
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 PO (Use loratadine & pseudoephedrine) . 48		clobetasol propionate GEL 0.05 % _____	54	COAGADDEX _____	65
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT _____	58	clobetasol propionate OINT 0.05 % _____	54	coal tar extract SHAM 0.5 % _____	57
clemastine fumarate TABS PO 1.34 MG _____	23	clobetasol propionate SOLN 0.05 % _____	54	COARTEM _____	29
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	99			codeine sulfate TABS PO 30 MG _____	6
				CODEINE SULFATE TABS PO _____	6
				COLACE CAPS PO 100 MG (Use docusate sodium) _____	70
				COLACE CLEAR CAPS PO (Use docusate sodium) _____	70
				COLAZAL CAPS PO (Use balsalazide disodium) _____	64
				colchicine TABS PO _____	65
				colchicine w/ probenecid PO _____	65

COLCRYS TABS PO (Use colchicine) _____	65	CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT _____	71	CREON CPEP PO _____	59
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD PO _____	48	CONTOUR PLUS BLUE KIT ____	71	CRESTOR TABS PO (Use rosuvastatin calcium) _____	25
COLESTID FLAVORED GRAN PO (Use colestipol hcl) _____	25	CONTOUR PLUS TEST STRP __	58	cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____	84
COLESTID GRAN PO (Use colestipol hcl) _____	25	COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____	93	cromolyn sodium (ophth) _____	88
COLESTID TABS PO (Use colestipol hcl) _____	25	COPIKTRA PO _____	34	cromolyn sodium NEBU _____	10
colestipol hcl GRAN PO _____	25	COREG CR PO (Use carvedilol phosphate) _____	42	crotamiton LOTN _____	56
colestipol hcl TABS PO _____	25	COREG PO 25 MG (Use carvedilol) .	42	CRYSVITA _____	61
COMBIPATCH PTTW _____	63	COREG PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____	42	CUTAQUIG _____	89
COMBIVENT RESPIMAT AERS _	11	COREG PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____	42	CUVITRU SOLN _____	89
COMBIVIR PO (Use lamivudine-zidovudine) _____	39	CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML __	57	CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT _____	58
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT _____	34	CORGARD TABS PO 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol) _____	43	CVS DRY MOUTH SOLN _____	80
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT _____	34	CORIFACT _____	65	CVS GLUCOSE CHEW PO ____	19
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT _____	34	CORTEF TABS PO (Use hydrocortisone) _____	47	CVS GLUCOSE PO _____	19
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	72	CORTENEMA PR (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	CVS LANOLIN CREA _____	56
COMIRNATY SUSP _____	97	CORTENEMA PR (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	CVS SOFT GLUCOSE CHEW PO	19
COMIRNATY SUSY _____	97	CORTISONE ACETATE TABS PO	47	CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP _____	58
COMPLERA _____	39	CORTISONE ACETATE TABS PO	47	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	67
CONCERTA TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____	57	cyclobenzaprine hcl TABS PO 5 MG, 10 MG _____	83
CONCERTA TBCR PO 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate) _____	86	cyclobenzaprine hcl TABS PO 7.5 MG _____	83
CONDOMS-MISC _____	71	cosyntropin SOLR _____	57	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)	86
CONTOUR NEXT EZ KIT _____	71	COTELLIC _____	34	CYCLOGYL 0.5 % _____	86
		COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT _____	58	CYCLOGYL 2 % _____	86
		COVID-19 AT-HOME TEST KIT __	58	cyclopentolate hcl 0.5 % _____	86
		COZAAR PO (Use losartan potassium) _____	26	cyclopentolate hcl 1 %, 2 % _____	86
				CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN (Use	

cyclophosphamide)_____ 30	PO _____ 12	decitabine _____ 31
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML_____ 30	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS PO _____ 81	deferasirox PACK _____ 22
cyclophosphamide SOLN _____ 30	dalfampridine _____ 93	deferasirox TABS PO _____ 22
cyclophosphamide SOLR IJ _____ 30	DALIRESP PO (Use roflumilast)____ 11	deferasirox TBSO _____ 22
cyclosporine CAPS PO _____ 79	dapagliflozin propanediol PO ____ 21	deferiprone TABS _____ 22
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS PO _____ 79	dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-10 MG _____ 18	deferoxamine mesylate _____ 22
cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN PO _____ 79	dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-5 MG _____ 18	DEFITELIO _____ 66
cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML . 79	dapsone PO _____ 29	deflazacort SUSP PO _____ 47
CYLTEZO (2 PEN) AJKT _____ 3	DAPTACEL _____ 95	deflazacort TABS PO _____ 47
CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT ____ 3	DARAPRIM PO (Use pyrimethamine) 29	DEFLUX _____ 65
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT _____ 3	darunavir TABS 600 MG 39	DELSTRIGO _____ 39
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT _____ 3	darunavir TABS 800 MG 39	DELSYM COUGH CHILDRENS SUER PO (Use dextromethorphan polistirex) _____ 48
CYMBALTA CPEP PO (Use duloxetine hcl) _____ 17	DARZALEX _____ 31	DELSYM SUER PO (Use dextromethorphan polistirex) ____ 48
cyproheptadine hcl SYRP PO ____ 24	DARZALEX FASPRO _____ 33	DELZICOL CPDR PO (Use mesalamine) _____ 64
cyproheptadine hcl TABS PO ____ 24	dasatinib _____ 34	DEMSEER PO (Use metyrosine) __ 26
CYRAMZA _____ 31	DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl) _____ 33	DENGVAXIA _____ 98
CYSTADANE PO (Use betaine) __ 61	daunorubicin hcl SOLN _____ 33	DEPAKOTE ER TB24 PO 250 MG (Use divalproex sodium) _____ 15
CYSTADROPS _____ 88	DAURISMO _____ 32	DEPAKOTE ER TB24 PO 500 MG (Use divalproex sodium) _____ 15
CYSTAGON CAPS PO _____ 64	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS PO _____ 23	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR PO (Use divalproex sodium) _____ 15
CYSTARAN _____ 88	DDAVP PF SOLN IJ (Use desmopressin acetate) _____ 62	DEPAKOTE TBEC PO 125 MG (Use divalproex sodium) _____ 15
cytarabine SOLN _____ 31	DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate) _____ 62	DEPAKOTE TBEC PO 250 MG (Use divalproex sodium) _____ 15
CYTOGAM SOLN _____ 89	DDAVP TABS PO (Use desmopressin acetate) _____ 62	DEPAKOTE TBEC PO 500 MG (Use divalproex sodium) _____ 15
CYTOMEL TABS PO (Use liothyronine sodium) _____ 95	DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____ 89	DEPEN TITRATABS TABS PO (Use penicillamine) _____ 78
CYTOTEC PO (Use misoprostol) . 97		
dabigatran etexilate mesylate CAPS		

DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))_____ 47	DESOWEN CREA (Use desonide) 54	DEXCOM G7 SENSOR _____ 71
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))_____ 47	desoximetasone CREA 0.05 % __ 54	DEXEDRINE CP24 PO 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) .....1
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____ 47	desoximetasone CREA 0.25 % __ 54	DEXILANT PO (Use dexlansoprazole)_____ 96
DERMAREST PSORIASIS GEL__ 55	desoximetasone GEL _____ 54	dexlansoprazole PO _____ 96
DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide) ____ 54	desoximetasone OINT 0.25 % __ 54	dexmethylphenidate hcl TABS PO . 1
DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic)) _____ 89	desvenlafaxine succinate PO 100 MG _____ 17	dexrazoxane hcl _____ 36
DESCOVY 120 MG-15 MG ____ 39	desvenlafaxine succinate PO 25 MG, 50 MG _____ 17	DEXTENZA INST _____ 88
DESCOVY 200 MG-25 MG ____ 39	DETROL LA CP24 PO (Use tolterodine tartrate) _____ 97	dextroamphetamine sulfate CP24 PO .....1
DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) _____ 22	DETROL TABS PO (Use tolterodine tartrate) _____ 97	dextroamphetamine sulfate TABS PO 5 MG, 10 MG _____ 1
desipramine hcl TABS PO 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG __ 18	DEX4 GLUCOSE PO _____ 19	dextromethorphan hbr LIQD PO 7.5 MG/5ML _____ 48
desipramine hcl TABS PO 25 MG .18	DEX4 NATURALS PO _____ 19	dextromethorphan polistirex SUER PO _____ 48
desmopressin acetate SOLN IJ __ 62	DEX4 PO _____ 19	dextromethorphan-doxyamine-acetaminophen LIQD PO _____ 48
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA _____ 62	DEX4 POUCH PACK PO _____ 19	dextromethorphan-guaifenesin LIQD PO 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____ 49
desmopressin acetate spray _____ 62	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW PO _____ 19	dextromethorphan-guaifenesin LIQD PO 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML _____ 49
desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 % _____ 62	dexamethasone ELIX PO _____ 47	dextromethorphan-guaifenesin LIQD PO 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____ 48
desmopressin acetate TABS PO _ 62	dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____ 88	dextromethorphan-guaifenesin SYRP PO 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____ 49
desogestrel & ethinyl estradiol PO .46	dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____ 47	dextromethorphan-guaifenesin TB12 PO 600 MG-30 MG _____ 49
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) PO _____ 46	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML . 47	dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS PO _____ 49
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) PO _____ 46	dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____ 47	
desonide CREA _____ 54	dexamethasone SOLN PO _____ 47	
desonide OINT _____ 54	dexamethasone TABS PO _____ 47	
	DEXCOM G6 RECEIVER _____ 71	
	DEXCOM G7 RECEIVER _____ 71	

DEXYCU SUSP IO _____	88	dicyclomine hcl CAPS PO _____	95	240 MG _____	43
DHIVY TABS PO _____	37	dicyclomine hcl SOLN PO _____	95	diltiazem hcl CP12 PO _____	43
DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	57	dicyclomine hcl TABS PO _____	95	diltiazem hcl CP24 PO 120 MG, 180 MG _____	43
DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	57	DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide) _____	51	diltiazem hcl CP24 PO 240 MG _____	44
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS PO _____	49	DIFLUCAN SUSR PO (Use fluconazole) _____	23	diltiazem hcl extended release beads PO 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG _____	43
DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13	DIFLUCAN TABS PO 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	23	diltiazem hcl extended release beads PO 240 MG _____	43
DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13	DIFLUCAN TABS PO 150 MG (Use fluconazole) _____	23	diltiazem hcl TABS PO _____	44
DIACOMIT PACK 250 MG _____	13	DIFLUCAN TABS PO 50 MG (Use fluconazole) _____	23	dimenhydrinate TABS PO _____	22
DIACOMIT PACK 500 MG _____	13	diflunisal TABS PO _____	6	dimethyl fumarate CDPK _____	93
DIASTAT ACUDIAL GEL PR 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	12	digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML _____	44	dimethyl fumarate CPDR _____	93
DIASTAT ACUDIAL GEL PR 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	digoxin TABS PO 125 MCG, 250 MCG _____	44	DIOVAN HCT PO (Use valsartan-hydrochlorothiazide) _____	27
DIASTAT PEDIATRIC GEL PR (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML _____	76	DIOVAN TABS PO (Use valsartan)	26
diazepam (anticonvulsant) GEL PR 10 MG _____	13	DILANTIN INFATABS CHEW PO (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS PO 50 MG _____	68
diazepam (anticonvulsant) GEL PR 13		DILANTIN PO (Use phenytoin sodium extended) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 25 MG _____	68
diazepam SOLN PO 5 MG/5ML _____	10	DILANTIN PO _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 50 MG _____	68
diazepam TABS PO _____	10	DILANTIN SUSP PO (Use phenytoin) _____	15	diphenhydramine hcl CAPS PO _____	23
dibucaine _____	56	.....	15	diphenhydramine hcl ELIX PO 12.5 MG/5ML _____	23
dichlorphenamide PO _____	59	DILANTIN-125 SUSP PO (Use phenytoin) _____	15	diphenhydramine hcl LIQD PO 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML	23
diclofenac potassium TABS PO 50 MG _____	4	DILAUDID TABS PO 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	.....	23
diclofenac sodium (ophth) _____	88	DILAUDID TABS PO 8 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl TABS PO 25 MG _____	23
diclofenac sodium (topical) GEL EX 52		diltiazem hcl coated beads CP24 PO 120 MG, 180 MG, 300 MG _____	43	diphenoxylate w/ atropine LIQD PO	22
diclofenac sodium TBEC PO _____	4	diltiazem hcl coated beads CP24 PO		diphenoxylate w/ atropine TABS PO .	
dicloxacillin sodium PO _____	91				

22	MG/4ML, 160 MG/8ML _____	36	50 MG, 100 MG _____	94
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS	DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel) .	36	doxycycline hyclate CAPS PO ____	94
DT SUSP _____	95		doxycycline hyclate TABS PO 100	
dipyridamole PO _____	66	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80	MG _____	94
disopyramide phosphate CAPS PO .		MG/8ML, 160 MG/16ML _____		
10		docetaxel SOLN _____	36	doxylamine succinate (sleep) PO .
DISPOSABLE FULL RANGE MISC .		DOCIVYX SOLN _____	36	DRAMAMINE CHEW PO _____
73		docusate sodium CAPS PO 100 MG,		DRAMAMINE TABS PO (Use
DISPOSABLE LOW RANGE MISC .		250 MG _____	70	dimenhydrinate) _____
73		docusate sodium CAPS PO 50 MG .		DRISDOL CAPS PO (Use
DISPOSABLE LOW		70		ergocalciferol) .....100
RANGE/PEDIATRIC MISC _____	73	docusate sodium LIQD PO 50		drosiprenone-ethinyl estradiol PO .
DISPOSABLE PAPER MISC ____	73	MG/5ML, 100 MG/10ML _____	70	DROXIA CAPS _____
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE		DOCUSATE SODIUM SYRP PO .	70	droxidopa _____
MISC _____	73	docusate sodium TABS PO ____	70	DRYSOL SOLN _____
disulfiram PO 250 MG _____	92	dofetilide PO _____	10	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC
DITROPAN XL TB24 PO 5 MG, 10		DOJOLVI _____	86	PO (Use bisacodyl) _____
MG (Use oxybutynin chloride) ____	97	donepezil hydrochloride TABS PO 5		DULCOLAX SUPP PR (Use
divalproex sodium CSDR PO ____	15	MG, 10 MG _____	92	bisacodyl) _____
divalproex sodium TB24 PO 250 MG .		dorzolamide hcl _____	88	DULCOLAX TBEC PO (Use
15		DORZOLAMIDE HCL _____	88	bisacodyl) _____
divalproex sodium TB24 PO 500 MG .		DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL		duloxetine hcl CPEP PO 20 MG, 30
15		.....86		MG, 60 MG _____
divalproex sodium TBEC PO 125 MG		dorzolamide hcl-timolol maleate ...	86	DUROLANE PRSY _____
.....15		DOVATO _____	39	D-VI-SOL LIQD PO (Use
divalproex sodium TBEC PO 250 MG		DOVONEX CREA (Use calcipotriene)		cholecalciferol) _____
.....15		.....53		100
divalproex sodium TBEC PO 500 MG		doxazosin mesylate PO	26	E.E.S. GRANULES SUSR PO (Use
.....15		doxepin hcl CAPS PO	18	erythromycin ethylsuccinate) ____
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80		doxepin hcl CONC PO	18	70
MG/4ML, 160 MG/8ML (Use		doxycycline (monohydrate) CAPS PO		EASY COMFORT PEN NEEDLES .
docetaxel) _____	36	50 MG, 100 MG _____	94	72
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80		doxycycline (monohydrate) TABS PO		EASY FLOW 300 MM HOSE MISC .
MG/4ML, 160 MG/8ML _____	36			73
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80				EASY FLOW 400 MM HOSE MISC .
				73
				EASY FLOW AIR NOZZLE MISC .
				73

EASY FLOW HEPA FILTER MISC 73	venlafaxine hcl)_____ 17	fumarate PO 200 MG-300 MG ____ 39
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____ 58	EFFIENT PO (Use prasugrel hcl) . 66	EMTRIVA CAPS PO (Use emtricitabine) _____ 39
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT _____ 71	EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____ 52	EMTRIVA SOLN _____ 39
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP _____ 58	ELAPRASE _____ 61	EMVERM CHEW PO _____ 9
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT _____ 71	eletriptan hydrobromide PO ____ 76	enalapril maleate & hydrochlorothiazide PO _____ 27
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP _____ 58	ELIDEL (Use pimecrolimus) ____ 55	enalapril maleate TABS PO ____ 26
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP _____ 58	ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____ 32	ENDARI (Use glutamine (sickle cell)) 67
EBASE CONTROLLER KIT MISC .73	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____ 32	ENFAMIL ENFALYTE SOLN PO _ 77
econazole nitrate CREA _____ 52	ELIMITE CREA (Use permethrin) . 56	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML__ 98
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC PO (Use aspirin) _____ 6	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPk _____ 12	ENGERIX-B SUSY _____ 98
ECOTRIN TBEC PO (Use aspirin) . 6	ELIQUIS TABS _____ 12	ENHERTU _____ 31
ED BRON GP LIQD PO _____ 49	ELLA PO _____ 47	ENJAYMO _____ 66
edaravone SOLN _____ 84	ELLENCE SOLN _____ 33	enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML _____ 12
EDURANT _____ 39	ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT _____ 58	enoxaparin sodium SOSY ____ 12
efavirenz CAPS PO 200 MG ____ 39	ELOCTATE _____ 65	ENSPRYNG _____ 79
efavirenz CAPS PO 50 MG ____ 39	EMBRACE PEN NEEDLES ____ 72	ENTYVIO SOLR _____ 64
efavirenz TABS PO _____ 39	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP _____ 58	EPICORD SHEE _____ 57
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate PO _____ 39	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP _____ 58	EPIDIOLEX _____ 13
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate _____ 39	EMCYT PO _____ 32	EPIFOAM FOAM _____ 54
EFFEXOR XR CP24 PO 150 MG (Use venlafaxine hcl) _____ 17	EMFLAZA SUSP PO (Use deflazacort) _____ 47	epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____ 100
EFFEXOR XR CP24 PO 37.5 MG (Use venlafaxine hcl) _____ 17	EMFLAZA TABS PO (Use deflazacort) _____ 47	epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .100
EFFEXOR XR CP24 PO 75 MG (Use	EMOLLIENT LOTION-MISC ____ 55	epinephrine hcl (nasal) _____ 84
emtricitabine-tenofovir disoproxil	EMPLICITI _____ 31	EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) ____ 100
	emtricitabine CAPS PO _____ 39	EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) ____ 100
	emtricitabine-tenofovir disoproxil	EPIVIR SOLN PO (Use lamivudine) 40

EPIVIR TABS PO 150 MG (Use lamivudine) _____	40	erythromycin base CPEP PO _____	70	estradiol vaginal CREA _____	100
EPIVIR TABS PO 300 MG (Use lamivudine) _____	40	erythromycin base TABS PO _____	70	estradiol vaginal TABS _____	100
EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	67	erythromycin base TBEC PO _____	70	ESTROFACTORS TABS PO _____	81
epoprostenol sodium _____	44	erythromycin ethylsuccinate SUSR PO _____	70	ethambutol hcl TABS PO _____	30
EPZICOM PO (Use abacavir sulfate-lamivudine) _____	40	erythromycin ethylsuccinate TABS PO _____	70	ethosuximide CAPS PO _____	15
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN _____	80	erythromycin stearate TABS PO 250 MG _____	70	ethosuximide SOLN PO _____	15
EQUALYTE SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	77	ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML _____	37	ethynodiol diacet & eth estrad PO _____	46
ERBITUX _____	32	ESBRIET CAPS (Use pirfenidone) _____	94	etodolac CAPS PO _____	4
ergocalciferol CAPS PO _____	100	ESBRIET TABS PO (Use pirfenidone) _____	94	etodolac TABS PO _____	4
ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML _____	100	escitalopram oxalate TABS PO 10 MG _____	16	etonogestrel-ethinyl estradiol _____	46
ergotamine w/ caffeine TABS PO _____	76	escitalopram oxalate TABS PO 20 MG _____	16	etoposide CAPS PO _____	36
eribulin mesylate _____	36	escitalopram oxalate TABS PO 5 MG _____	16	etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML _____	36
ERIVEDGE _____	32	ESGIC TABS PO (Use butalbital-acetaminophen-caffeine) _____	5	etravirine PO 100 MG _____	40
ERLEADA 60 MG _____	32	esomeprazole magnesium CPDR PO 20 MG _____	96	etravirine PO 200 MG _____	40
erlotinib hcl _____	32	ESPEROCT _____	65	EUFLEXXA SOSY _____	83
ertapenem sodium IJ _____	28	ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal) _____	100	EULEXIN PO _____	33
ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid)) _____	51	ESTRACE TABS PO (Use estradiol) _____	63	EVAC POWD PO (Use psyllium) _____	68
ERYPED 200 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	70	estradiol & norethindrone acetate TABS PO _____	63	EVENITY _____	60
ERYPED 400 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	70	estradiol PTTW _____	63	everolimus TABS _____	34
erythromycin (acne aid) GEL _____	51	estradiol PTWK _____	63	everolimus TBSO _____	34
erythromycin (acne aid) SOLN _____	51	estradiol TABS PO _____	63	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER _____	71
erythromycin (ophth) _____	87			EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER _____	71
ERYTHROMYCIN _____	87			EVISTA PO (Use raloxifene hcl) _____	61
				EVKEEZA _____	24
				EVOMELA IV _____	30
				EVRYSDI _____	85
				EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) _____	92

exemestane PO _____	33	14	15 MG/ML _____	67
EXFORGE HCT PO (Use amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide) _____	27	FELBATOL TABS PO (Use felbamate) _____	14	ferrous sulfate SOLN PO 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____
EXFORGE PO (Use amlodipine besylate-valsartan) _____	27	FELDENE CAPS PO (Use piroxicam)	4	ferrous sulfate TABS PO 325 MG, 65 MG, 325 MG _____
EXJADE TBSO (Use deferasirox) .	22	felodipine PO	44	FERROUS SULFATE TBEC PO (Use ferrous sulfate) _____
EXKIVITY _____	32	FEMARA PO (Use letrozole) ____	33	ferrous sulfate TBEC PO _____
EXONDYS 51 _____	85	fenofibrate micronized PO 134 MG, 200 MG _____	25	FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP PR _____
EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC . 73		fenofibrate micronized PO 67 MG .	25	fexofenadine hcl TABS PO 180 MG 24
EXSERVAN FILM _____	84	fenofibrate TABS PO 160 MG ____	25	fexofenadine hcl TABS PO 60 MG 24
EXTAVIA KIT _____	93	fenofibrate TABS PO 54 MG ____	25	FIBRYGA _____
EYLEA HD SOLN _____	86	FENOGLIDE TABS PO (Use fenofibrate) _____	25	FILTER AIR PP MISC _____
EYLEA SOLN _____	86	fenoprofen calcium CAPS PO 400 MG _____	4	finasteride PO _____
EYLEA SOSY _____	86	FENSOLVI (6 MONTH) SC ____	61	fingolimod hcl PO _____
ezetimibe PO _____	25	fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____	6	FINTEPLA _____
ezetimibe-simvastatin PO _____	24	FER-IN-SOL SOLN PO (Use ferrous sulfate) _____	67	FIRAZYR SOSY (Use icatibant acetate) _____
famciclovir PO _____	42	FERRETTS TABS PO _____	67	FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl) _____
famotidine SUSR PO _____	96	FERRIPROX SOLN _____	22	FLAVOR BLEND SUSP PO ____
famotidine TABS PO 10 MG ____	96	FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____	22	FLAVOR PLUS LIQD PO _____
famotidine TABS PO 20 MG, 40 MG . 96		FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 22		FLAVOR SWEET SYRP PO ____
FARESTON PO (Use toremifene citrate) _____	33	ferrous fumarate TABS PO ____	67	FLAVOR SWEET-SF SYRP PO__
FARXIGA PO (Use dapagliflozin propanediol) _____	21	ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn- mg-mn-cu TABS PO _____	67	flavoxate hcl PO _____
FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____	58	FERROUS GLUCONATE TABS PO 324 MG _____	67	FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML _____
FEIBA _____	65	ferrous sulfate SOLN PO 15 MG/ML,		FLEBOGAMMA DIF SOLN _____
felbamate SUSP _____	14			flecainide acetate PO _____
felbamate TABS PO _____	14			FLEET ENEMA ENEM PR (Use sodium phosphates) _____
FELBATOL SUSP (Use felbamate)				

FLEET PEDIATRIC ENEM PR (Use sodium phosphates) _____	69	FLUBLOK SOSY _____	98	fluorouracil (topical) CREA 5 % ____	52
FLEET SALINE ENEMA ENEM PR (Use sodium phosphates) _____	69	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____	98	fluorouracil (topical) SOLN _____	52
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____	73	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____	98	fluoxetine hcl CAPS PO 10 MG, 20 MG _____	16
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____	73	FLUCELVAX SUSP _____	98	fluoxetine hcl CAPS PO 40 MG ____	16
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____	73	FLUCELVAX SUSY _____	98	fluoxetine hcl SOLN PO _____	16
FLOLAN (Use epoprostenol sodium) _____	44	fluconazole SUSR PO _____	23	fluoxetine hcl TABS PO 10 MG ____	16
FLOMAX PO (Use tamsulosin hcl)	65	fluconazole TABS PO 100 MG, 200 MG _____	23	fluoxetine hcl TABS PO 20 MG ____	16
FLOLASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	84	fluconazole TABS PO 150 MG ____	23	fluphenazine decanoate _____	38
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG _____	82	fluconazole TABS PO 50 MG ____	23	fluphenazine hcl TABS PO _____	38
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 1 MG _____	82	fludarabine phosphate SOLN ____	31	flurazepam hcl PO _____	68
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN PO	82	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN _____	31	flurbiprofen sodium _____	88
FLORIVA PLUS SOLN PO _____	82	fludarabine phosphate SOLR ____	31	flurbiprofen TABS PO _____	4
FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	11	fludrocortisone acetate TABS PO .48		flutamide PO _____	33
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa) _____	11	FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY .98		fluticasone propionate (inhalation) AEPB _____	11
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	58	FLULAVAL SUSY _____	98	fluticasone propionate (nasal) SUSP .84	
FLUAD _____	98	FLUMIST _____	98	fluticasone propionate CREA 0.05 % .54	
FLUAD QUADRIVALENT _____	98	FLUMIST QUADRIVALENT _____	98	fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____	11
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	98	flunisolide (nasal) _____	84	fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____	11
FLUARIX SUSY _____	98	fluocinolone acetonide (otic) _____	89	fluticasone propionate OINT _____	54
FLUBLOK QUADRIVALENT ____	98	fluocinolone acetonide OIL _____	54	fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT _____	12
		fluocinonide CREA 0.05 % _____	54	fluvoxamine maleate TABS PO 100 MG _____	16
		fluocinonide emulsified base ____	54	fluvoxamine maleate TABS PO 25 MG, 50 MG _____	16
		fluocinonide GEL _____	54	FLUZONE HIGH-DOSE	
		fluocinonide OINT _____	54		
		fluocinonide SOLN _____	54		
		fluorometholone (ophth) SUSP ____	88		
		fluorouracil (topical) CREA 0.5 % .52			

QUADRIVALENT _____	98	FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP _____	58	FYARRO _____	34
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY ____	98	FOSAMAX TABS PO 70 MG (Use alendronate sodium) _____	60	gabapentin CAPS PO _____	13
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP · 98		fosamprenavir calcium TABS PO .	40	gabapentin SOLN PO _____	13
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY · 98		fosinopril sodium & hydrochlorothiazide PO _____	27	gabapentin TABS PO 600 MG ____	13
FLUZONE SUSP _____	98	fosinopril sodium PO _____	26	gabapentin TABS PO 800 MG ____	13
FLUZONE SUSY _____	98	FOTIVDA _____	34	GABITRIL PO (Use tiagabine hcl) ..	14
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC _____	73	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML _____	12	GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) .	83
FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth)) _____	88	FRAGMIN SOSY _____	12	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____	83
FML OINT _____	88	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER _____	71	GALAFOLD _____	61
FOCALIN TABS PO (Use dexmethylphenidate hcl) _____	1	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR _____	71	galantamine hydrobromide CP24 PO .	92
FOLCYTEINE TABS PO _____	81	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR _____	71	galantamine hydrobromide SOLN PO	92
folic acid TABS PO 1 MG _____	67	FREESTYLE LIBRE 2 READER .	71	galantamine hydrobromide TABS PO	92
folic acid TABS PO 400 MCG, 800 MCG _____	67	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR .	71	GAMASTAN _____	89
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML _____	60	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR _____	71	GAMIFANT _____	79
FOLOTYN _____	31	FREESTYLE LIBRE 3 READER _	71	GAMMAGARD _____	89
fondaparinux sodium _____	12	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR _	71	GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	89
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP _____	58	FREESTYLE LIBRE READER ____	71	GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	89
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	58	FREESTYLE LITE KIT _____	71	GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML .	89
FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON _____	58	FT ELECTROLYTE SOLN PO ____	77	GAMMAPLEX SOLN _____	89
FORA TN'G ADVANCE PRO STRP · 58		FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	84	GAMUNEX-C _____	89
formaldehyde SOLN 10 % _____	39	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	73	GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	61
FORTEO SOPN (Use teriparatide) 60		furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML _____	59	ganirelix acetate _____	61
		furosemide TABS PO _____	59	GARDASIL 9 SUSP _____	98
		FUZEON SOLR _____	40	GARDASIL 9 SUSY _____	98

GATTEX _____	64	glimepiride PO 1 MG, 2 MG _____	21	CHEW PO _____	19
GAUZE SPONGES _____	71	glimepiride PO 4 MG _____	21	GOCOVRI CP24 _____	37
GAVRETO _____	34	glipizide TABS PO _____	21	GOJJI BLOOD KETONE TEST __	58
GAZYVA _____	32	glipizide TB24 PO _____	21	GOLYTELY SOLR PO (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	69
gefitinib _____	32	glipizide-metformin hcl PO _____	18	GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	60
GEL-ONE _____	83	glucagon (rdna) _____	19	GONAL-F RFF SOLR SC _____	60
GELSYN-3 SOSY _____	83	GLUCAGON EMERGENCY (Use glucagon (rdna)) _____	19	GONAL-F SOLR IJ _____	61
gemfibrozil TABS PO _____	25	GLUCO TO GO CHEW PO _____	19	GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN PO _____	77
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT _____	58	GLUCOSE CHEW PO _____	19	GOODSENSE GLUCOSE PO ____	19
GENERESS FE PO (Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe) 46		GLUCOSE INSTANT ENERGY PO 19		GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT _____	58
GENICIN VITA-Q TABS PO _____	81	GLUCOSE PO 6 MG-4 GM _____	19	GRANIX SOLN _____	67
gentamicin sulfate (ophth) OINT __	87	GLUCOTROL XL TB24 PO (Use glipizide) _____	21	GRANIX SOSY _____	67
gentamicin sulfate (ophth) SOLN _	87	glutamine (sickle cell) _____	67	GRAPE SYRUP SYRP PO _____	91
gentamicin sulfate (topical) CREA .	51	glyburide micronized PO 1.5 MG, 3 MG, 6 MG _____	21	griseofulvin microsize SUSP PO _	23
gentamicin sulfate (topical) OINT .	51	glyburide TABS PO _____	21	griseofulvin microsize TABS PO __	23
GENVISC 850 SOSY _____	83	glyburide-metformin PO _____	18	griseofulvin ultramicrosize PO ____	23
GENVOYA _____	40	GLYCERIN (ADULT) SUPP PR (Use glycerin (laxative)) _____	69	guaifenesin LIQD PO _____	50
GEODON PO (Use ziprasidone hcl) 37		glycerin (laxative) SUPP PR 2 GM	69	guaifenesin TB12 PO 1200 MG __	50
GERI-TUSSIN SYRP PO _____	50	glycine diluent _____	91	guaifenesin TB12 PO 600 MG ____	50
GILENYA PO (Use fingolimod hcl) .	93	glycopyrrolate TABS PO 1 MG, 2 MG	95	guaifenesin-codeine SOLN PO __	49
GILOTRIF _____	32	GLYNASE PO (Use glyburide micronized) _____	21	guaifenesin-codeine SYRP PO __	49
GIMOTI SOLN NA _____	63	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP _____	58	guanfacine hcl (adhd) PO _____	1
ginger (zingiber officinalis) CAPS PO 250 MG _____	2	GNP GLUCOSE CHEW PO _____	19	guanfacine hcl PO _____	26
GLASSIA SOLN _____	94	GNP GLUCOSE PO 6 MG-4 GM .	19	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 71	
glatiramer acetate SOSY _____	93	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOSE		GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED _____	71
GLEEVEC PO (Use imatinib mesylate) _____	34			GYNAZOLE-1 _____	99

GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (Use clotrimazole vaginal) _____	99	HERCEPTIN HYLECTA _____	33	HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN PO _____	77
GYNE-LOTRIMIN CREA (Use clotrimazole vaginal) _____	99	HIBERIX SOLR IJ _____	97	HYDRALYTE SOLN PO _____	77
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ ____	3	HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	39	HYDREA PO (Use hydroxyurea) _	35
HADLIMA SOSY _____	3	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS PO _____	81	hydrochlorothiazide CAPS PO ____	60
HAEGARDA SOLR SC _____	66	HIZENTRA SOLN _____	90	hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG, 50 MG _____	60
HALAVEN (Use eribulin mesylate) . 36		HIZENTRA SOSY _____	90	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN PO _____	48
HALCION PO 0.25 MG (Use triazolam) _____	68	homatropine hbr _____	86	hydrocodone-acetaminophen SOLN PO 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	7
HALDOL DECANOATE (Use haloperidol decanoate) _____	38	HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC _____	73	hydrocodone-acetaminophen SOLN PO 325 MG/15ML-10 MG/15ML ____	7
haloperidol decanoate _____	38	HULIO (2 PEN) AJKT _____	3	hydrocodone-acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7
haloperidol lactate CONC PO ____	38	HULIO (2 SYRINGE) PSKT ____	3	HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK _____	54
haloperidol TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____	38	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	20	hydrocortisone (intrarectal) PR ____	8
haloperidol TABS PO 20 MG ____	38	HUMALOG SOLN IJ _____	20	hydrocortisone (rectal) EX 1 % ____	8
HAVRIX _____	98	HUMATE-P SOLR _____	65	hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % ____	8
HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS PO _____	67	HUMATROPE CART IJ _____	61	hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % . 54	
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____	65	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN 20	20	hydrocortisone (topical) CREA 1 % . 54	
HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT ____	65	HUMULIN 70/30 SUSP _____	20	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 54	
HEPAGAM B SOLN IJ _____	89	HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____	20	hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 54	
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	12	HUMULIN N SUSP _____	20	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 54	
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML _____	12	HUMULIN R SOLN IJ _____	20	hydrocortisone (topical) OINT 1 % , 2.5 % _____	54
HEPLISAV-B SOSY _____	98	HYALGAN SOLN _____	83		
HERCEPTIN 150 MG _____	32	HYALGAN SOSY _____	83		
		HYCAMTIN CAPS PO _____	36		
		HYCAMTIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	36		
		HYCODAN SOLN PO (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	48		
		hydralazine hcl TABS PO _____	28		

hydrocortisone butyrate SOLN ____ 54	hyoscyamine sulfate TBDP PO 0.125 MG _____ 95	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP _____ 58
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____ 54	hyoscyamine sulfate TBDP PO 0.125 MG _____ 96	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT _____ 58
hydrocortisone TABS PO _____ 47	HYPERHEP B SOLN IM _____ 90	ILARIS SOLN _____ 4
hydrocortisone vaginal _____ 100	HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT _____ 90	ILUMYA _____ 53
hydrocortisone w/acetic acid _____ 89	HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT _____ 90	ILUVIEN _____ 88
HYDROMORPHONE HCL SUPP PR _____ 6	HYQVIA _____ 90	imatinib mesylate PO _____ 34
hydromorphone hcl TABS PO 2 MG, 4 MG _____ 6	HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ____ 3	IMBRUVICA CAPS _____ 34
hydromorphone hcl TABS PO 8 MG . 6	HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ____ 3	IMBRUVICA TABS _____ 34
hydroxychloroquine sulfate PO 200 MG _____ 29	HYRONAN KIT _____ 83	IMCIVREE _____ 1
hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____ 33	HY-VEE GLUCOSE PO _____ 19	IMFINZI _____ 32
hydroxyprogesterone caproate OIL 92	HYZAAR PO (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) .27	imipramine hcl TABS PO _____ 18
hydroxyurea PO _____ 35	ibandronate sodium SOLN _____ 60	imiquimod 5 % _____ 55
hydroxyzine hcl SYRP PO _____ 9	IBRANCE CAPS _____ 34	IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____ 76
hydroxyzine hcl TABS PO _____ 9	IBRANCE TABS _____ 34	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 76
hydroxyzine pamoate CAPS PO ____ 9	ibuprofen CHEW PO _____ 4	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 76
HYMOVIS _____ 83	ibuprofen lysine _____ 4	IMITREX TABS PO (Use sumatriptan succinate) _____ 76
hyoscyamine sulfate ELIX PO ____ 95	ibuprofen SUSP PO 100 MG/5ML _ 4	IMLYGIC _____ 36
HYOSCYAMINE SULFATE POWD 95	ibuprofen SUSP PO 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4	IMODIUM A-D CAPS PO (Use loperamide hcl) _____ 22
hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML _____ 95	ibuprofen TABS PO 200 MG _____ 4	IMODIUM A-D TABS PO (Use loperamide hcl) _____ 22
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG _____ 95	ibuprofen TABS PO 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4	IMOVAX RABIES SUSR _____ 98
hyoscyamine sulfate TABS PO 0.125 MG _____ 95	icatibant acetate SOSY _____ 66	IMURAN TABS PO (Use azathioprine) _____ 79
hyoscyamine sulfate TB12 PO 0.375 MG _____ 95	ICLUSIG PO _____ 34	INCRELEX _____ 61
	IDELVION _____ 65	INCRUSE ELLIPTA _____ 10
	IDHIFA _____ 34	
	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 44	

indapamide TABS PO 1.25 MG, 2.5 MG _____	60	SOPN 200 UNIT/ML _____	20	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % .	84
INDERAL LA CP24 PO (Use propranolol hcl) _____	43	INSULIN DEGLUDEC SOLN _____	20	ipratropium bromide SOLN 0.02 %	10
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT _____	58	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN .	20	ipratropium-albuterol SOLN _____	12
INDOCIN SUSP PO (Use indomethacin) _____	4	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN .	20	irbesartan PO _____	26
indomethacin CAPS PO 25 MG, 50 MG _____	4	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN _____	20	irbesartan-hydrochlorothiazide PO	27
indomethacin sodium _____	4	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	20	IRESSA (Use gefitinib) _____	32
INDOMETHACIN SODIUM _____	4	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN _____	20	irinotecan hcl _____	36
indomethacin SUPP PR _____	4	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	20	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW PO _____	67
indomethacin SUSP PO _____	4	INSULIN SYRINGES _____	72	IRON TABS PO 28 MG _____	67
INFANRIX _____	95	INSULIN SYRINGES-MISC _____	72	ISENTRESS CHEW 100 MG _____	40
INFANTS ADVIL SUSP PO (Use ibuprofen) _____	4	INSUPEN PEN NEEDLES _____	72	ISENTRESS CHEW 25 MG _____	40
INLYTA _____	31	INTELENCE PO 100 MG (Use etravirine) _____	40	ISENTRESS HD TABS PO _____	40
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____	73	INTELENCE PO 200 MG (Use etravirine) _____	40	ISENTRESS PACK PO _____	40
INQOVI _____	33	INTELENCE PO 25 MG _____	40	ISENTRESS TABS PO _____	40
INREBIC _____	34	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	58	isoniazid SYRP PO _____	30
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUPN _____	20	INTUNIV PO (Use guanfacine hcl (adhd)) _____	1	isoniazid TABS PO _____	30
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN .	20	INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) .	29	ISOPTO ATROPINE SOLN _____	86
INSULIN ASPART PENFILL SOCT .	20	INVEGA HAFYERA _____	37	ISORDIL TITRADOSE TABS PO 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____	9
INSULIN ASPART PROT & ASPART SUSP _____	20	INVEGA SUSTENNA _____	37	isosorbide dinitrate TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	9
INSULIN ASPART SOLN IJ _____	20	INVEGA TRINZA _____	37	isosorbide mononitrate TABS PO _____	9
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 100 UNIT/ML _____	20	IOPIDINE _____	87	isosorbide mononitrate TB24 PO _____	9
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH	84	IPOL _____	98	isotretinoin PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	51
		ipratropium bromide (nasal) 0.03 % .	84	ISTODAX SOLR (Use romidepsin)	34
				ISTURISA _____	60
				ITCH RELIEF CREA _____	52
				itraconazole CAPS PO _____	23
				IXEMPRA KIT _____	36

IXIARO _____	98	KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	88	KEVEYIS PO (Use dichlorophenamide) _____	59
IXINITY SOLR _____	65	KCENTRA _____	65		KEY-E CHEW PO _____	100
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	22	KEMOPLAT SOLN _____	30		KEYTRUDA _____	32
JADENU TABS PO (Use deferasirox) _____	22	KEPIVANCE 5.16 MG _____	36		KHAPZORY _____	36
JAKAFI _____	34	KEPIVANCE 6.25 MG _____	36		KIMMTRAK _____	32
JANSSEN COVID-19 VACCINE _	98	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13		KINDERLYTE PREMAX SOLN PO	77
JEMPERLI _____	32	KEPPRA TABS PO 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13		KINDERLYTE SOLN PO _____	77
JEVTANA _____	36	KEPPRA TABS PO 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13		KINERET SOSY _____	4
JIVI _____	65	KEPPRA TABS PO 500 MG (Use levetiracetam) _____	13		KINRIX SUSY _____	95
JULUCA _____	40	KEPPRA XR TB24 PO (Use levetiracetam) _____	13		KISQALI (200 MG DOSE) _____	34
JUXTAPID PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	25	KERALYT GEL (Use salicylic acid) 55			KISQALI (400 MG DOSE) _____	34
JYNARQUE TABS _____	62	KERALYT GEL _____	55		KISQALI (600 MG DOSE) _____	34
JYNARQUE TBPK _____	62	KESIMPTA _____	93		KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) .	33
JYNNEOS _____	98	ketoconazole (topical) CREA ____	52		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) .	33
KADCYLA _____	32	ketoconazole (topical) SHAM 2 % .	52		KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) .	33
KALBITOR _____	66	KETONE TEST STRP _____	58		KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2
KALETRA SOLN PO (Use lopinavir-ritonavir) _____	40	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 % _____	88		KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	51
KALETRA TABS PO 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	40	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 % _____	88		KLONOPIN TABS PO (Use clonazepam) _____	13
KALETRA TABS PO 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	40	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4		KOATE SOLR _____	65
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	94	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	4		KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	65
KALYDECO PACK 5.8 MG _____	94	ketorolac tromethamine TABS PO _	4		KOGENATE FS KIT _____	66
KALYDECO TABS _____	94	KETOSTIX STRP _____	58		KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC _____	73
KANJINTI 420 MG _____	32	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %				
KANUMA _____	61					
KAPVAY TB12 PO (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1					

KOMBIGLYZE XR PO (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	18	LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	52	leflunomide PO _____	5
KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	19	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	52	lenalidomide PO _____	78
KOSELUGO _____	34	lamivudine SOLN PO _____	40	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	.31
KOVALTRY _____	66	lamivudine TABS PO 150 MG _____	40	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	.31
K-PHOS-NEUTRAL PO (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	78	lamivudine TABS PO 300 MG _____	40	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	.31
KRINTAFEL _____	29	lamivudine-zidovudine PO _____	40	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	.31
KROGER GLUCOSE PO _____	19	lamotrigine CHEW PO _____	13	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	.31
KRYSTEXXA _____	65	lamotrigine TABS PO _____	13	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	.31
K-TAB TBCR PO 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	78	lamotrigine TB24 PO _____	13	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)___	31
KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61	LANCETS-MISC _____	71	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)___	31
KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	62	LANCING DEVICE-MISC _____	71	LEQVIO _____	25
KYPROLIS _____	34	lanolin (topical) CREA _____	56	LETAIRIS PO (Use ambrisentan)	.45
labetalol hcl TABS PO 100 MG _____	42	lanolin XX _____	92	letrozole PO _____	33
labetalol hcl TABS PO 200 MG _____	42	LANOLIN XX _____	92	leucovorin calcium TABS PO _____	36
labetalol hcl TABS PO 300 MG _____	42	LANOLOR CREA _____	56	LEUKERAN PO _____	30
lactic acid (ammonium lactate) CREA _____	55	LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) .	44	LEUKINE SOLR IJ _____	67
lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	55	LANOXIN TABS PO 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____	44	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML	33
lactulose (encephalopathy) PO _____	64	lansoprazole CPDR PO 15 MG _____	96	LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE _____	33
lactulose SOLN PO _____	69	lansoprazole CPDR PO 30 MG _____	96	levabuterol tartrate _____	12
LAMICTAL CHEW PO (Use lamotrigine) _____	13	lapatinib ditosylate _____	34	LEVBID TB12 PO (Use hyoscyamine sulfate) _____	96
LAMICTAL TABS PO (Use lamotrigine) _____	13	LASIX TABS PO (Use furosemide) 59		levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML _____	13
LAMICTAL XR TB24 PO (Use lamotrigine) _____	13	latanoprost SOLN _____	89	levetiracetam TABS PO 1000 MG .	13
		LATANOPROST SOLN _____	89	levetiracetam TABS PO 250 MG, 750 MG _____	13
		LATUDA PO (Use lurasidone hcl) ..	37	levetiracetam TABS PO 500 MG _	13
		LEADER GLUCOSE PO 6 MG-4 GM 19		levetiracetam TB24 PO _____	14
		LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW PO _____	19	levobunolol hcl 0.5 % _____	86
				levocarnitine (metabolic modifiers)	

SOLN PO 1 GM/10ML _____	62	lidocaine CREA 4 % _____	56	LITTLE REMEDIES SALINE SOLN	
levocarnitine (metabolic modifiers)		lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %__	80	84	
TABS PO _____	62	lidocaine hcl CREA 3 % _____	56	LIVMARLI _____	64
levocetirizine dihydrochloride TABS		lidocaine hcl CREA 4 % _____	56	LIVTENCITY _____	41
PO _____	24	lidocaine hcl GEL 2 % _____	56	LMX 4 CREA (Use lidocaine) ____	56
levofloxacin TABS PO _____	63	lidocaine OINT _____	56	LODINE TABS PO (Use etodolac) . .4	
levoleucovorin calcium SOLN 250		lidocaine-prilocaine CREA _____	56	LODOSYN PO (Use carbidopa) __	36
MG/25ML _____	36	LIORESAL SOLN IT (Use baclofen)		LOHIST-D LIQD PO _____	49
levoleucovorin calcium SOLR____	36	83		LOMOTIL TABS PO (Use	
levonorgestrel & eth estradiol TABS		LIORESAL SOLN IT _____	83	diphenoxylate w/ atropine) _____	22
PO _____	46	liothyronine sodium TABS PO ____	95	LONGS GLUCOSE PO _____	19
levonorgestrel (emergency oc) PO		LIPITOR TABS PO (Use atorvastatin		LONSURF _____	33
1.5 MG _____	47	calcium) _____	25	loperamide hcl CAPS PO _____	22
levonorgestrel-eth estradiol		liraglutide _____	20	loperamide hcl TABS PO _____	22
(triphasic) PO _____	46	lisdexamfetamine dimesylate CAPS		LOPID TABS PO (Use gemfibrozil)	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-		PO _____	1	25	
day) PO 0.03 MG-0.15 MG_____	46	lisinopril & hydrochlorothiazide PO		lopinavir-ritonavir SOLN PO _____	40
levothyroxine sodium TABS PO __	95	12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG .27		lopinavir-ritonavir TABS PO 25 MG-	
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use		lisinopril & hydrochlorothiazide PO 25		100 MG _____	40
hyoscyamine sulfate) _____	96	MG-20 MG _____	27	lopinavir-ritonavir TABS PO 50 MG-	
LEVULAN KERASTICK SOLR ____	52	lisinopril TABS PO 2.5 MG _____	26	200 MG _____	40
LEXAPRO TABS PO 10 MG (Use		lisinopril TABS PO 5 MG, 10 MG, 20		LOPRESSOR TABS PO 100 MG	
escitalopram oxalate) _____	17	MG, 30 MG, 40 MG _____	26	(Use metoprolol tartrate) _____	43
LEXAPRO TABS PO 20 MG (Use		LITETOUCH MASK LARGE MISC 74		LOPRESSOR TABS PO 50 MG (Use	
escitalopram oxalate) _____	17	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC .		metoprolol tartrate) _____	43
LEXAPRO TABS PO 5 MG (Use		74		loratadine & pseudoephedrine TB12	
escitalopram oxalate) _____	17	LITETOUCH MASK SMALL MISC .74		PO _____	49
LEXIVA SUSP PO _____	40	lithium carbonate CAPS PO _____	37	loratadine & pseudoephedrine TB24	
LEXIVA TABS PO (Use		lithium carbonate TABS PO _____	37	PO _____	49
fosamprenavir calcium) _____	40	lithium carbonate TBCR PO _____	37	loratadine SOLN PO _____	24
LIALDA TBEC PO (Use mesalamine)		lithium PO _____	37	loratadine TABS PO _____	24
.....	64	LITHOBID TBCR PO (Use lithium		loratadine TBDP PO 10 MG ____	24
LIBTAYO _____	32	carbonate) _____	37	lorazepam TABS PO _____	10
LICEMD GEL _____	56				

LORBRENA _____	34	LUMOXITI _____	32	MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate) ___	92
losartan potassium & hydrochlorothiazide PO _____	27	LUNG PERFORM PEAK FLOW METER _____	74	MAKENA SOAJ _____	92
losartan potassium PO _____	26	LUPKYNIS _____	79	malathion _____	56
LOSEASONIQUE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____	46	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 61		maraviroc TABS PO 150 MG ___	40
LOTENSIN HCT PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide) _____	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 61		maraviroc TABS PO 300 MG ___	40
LOTENSIN PO 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____	26	lurasidone hcl PO _____	37	MARGENZA _____	32
LOTENSIN PO 40 MG (Use benazepril hcl) _____	26	LUXTURNA _____	87	MASK VORTEX/CHILD/FROG ___	74
LOTREL PO 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____	27	LYNPARZA TABS PO _____	34	MASK VORTEX/TODDLER/LADYBUG __	74
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	52	LYSODREN PO _____	33	MATULANE PO _____	35
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	52	LYSTEDA TABS PO (Use tranexamic acid) _____	68	MAVYRET PACK _____	41
lovastatin TABS PO 10 MG, 20 MG 25		MACI _____	83	MAVYRET TABS PO _____	42
lovastatin TABS PO 40 MG _____	25	MACROBID PO (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____	29	MAXALT TABS PO 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____	12	MACRODANTIN PO 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) _	29	MAXALT-MLT TBDP PO 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____	12	magnesium citrate PO 1.745 GM/30ML _____	69	MAXITROL OINT (Use neomycin-polymy-dexameth) _____	88
loxapine succinate PO _____	38	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS PO _____	78	MAXITROL SUSP (Use neomycin-polymy-dexameth) _____	88
LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML	87	magnesium hydroxide SUSP PO 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	69	MAXI-TUSS PE LIQD PO _____	49
LUCENTIS SOSY _____	87	magnesium oxide (mg supplement) TABS PO _____	78	MAXI-TUSS PE MAX LIQD PO ___	49
LUMAKRAS 120 MG, 320 MG ___	34	MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS PO _____	78	MAXZIDE TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	59
LUMIZYME _____	62	magnesium oxide TABS PO 400 MG	9	MAXZIDE-25 TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	59
		MAGOX 400 TABS PO (Use magnesium oxide (mg supplement))	78	meclizine hcl CHEW PO _____	23
				meclizine hcl TABS PO 12.5 MG, 25 MG _____	23
				MEDROL TABS PO 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____	47
				MEDROL TBPK PO (Use methylprednisolone) _____	47

medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	47	meprobamate PO _____	9	methocarbamol TABS PO 500 MG, 750 MG _____	83
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	47	MEPSEVII _____	62	methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____	31
medroxyprogesterone acetate PO 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____	92	mesalamine CP24 _____	64	METHOTREXATE SODIUM SOLN 50 MG/2ML _____	31
mefloquine hcl PO _____	29	mesalamine CPDR PO _____	64	methotrexate sodium TABS PO 2.5 MG _____	31
megestrol acetate SUSP PO _____	33	mesalamine ENEM PR _____	64	methylodopa TABS PO _____	26
megestrol acetate TABS PO _____	33	mesalamine TBEC PO _____	64	METHYLERGONOVINE maleate TABS PO 89	
MEIJER GLUCOSE PO _____	19	mesna SOLN _____	36	METHYLIN SOLN PO 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2
MEKINIST TABS PO _____	34	MESNEX SOLN (Use mesna) _____	36	METHYLIN SOLN PO 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	1
MEKTOVI _____	34	MESNEX TABS PO _____	36	methylphenidate hcl CPCR PO _____	2
MELATONIN SUBL _____	2	MESTINON TABS PO (Use pyridostigmine bromide) _____	30	methylphenidate hcl SOLN PO 10 MG/5ML _____	2
melatonin TABS PO 3 MG, 5 MG _____	2	MESTINON TBCR PO (Use pyridostigmine bromide) _____	30	methylphenidate hcl SOLN PO 5 MG/5ML _____	2
melatonin TBDP PO 3 MG _____	2	METADATE CD CPCR PO (Use methylphenidate hcl) _____	1	methylphenidate hcl TABS PO 10 MG, 20 MG _____	2
meloxicam TABS PO _____	4	METAMUCIL FREE & NATURAL POWD PO (Use psyllium) _____	69	methylphenidate hcl TABS PO 5 MG _____	2
melphalan hcl IV _____	30	METAMUCIL POWD PO (Use psyllium) _____	69	methylphenidate hcl TABS PO 10 MG, 20 MG _____	2
melphalan PO _____	30	metformin hcl TABS PO 500 MG _____	18	methylphenidate hcl TABS PO 5 MG _____	2
memantine hcl SOLN PO 2 MG/ML 92		metformin hcl TABS PO 850 MG, 1000 MG _____	18	methylphenidate hcl TB24 PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
memantine hcl TABS PO _____	92	metformin hcl TB24 PO 500 MG _____	19	methylphenidate hcl TB24 PO 36 MG.....2	2
memantine hcl TABS PO _____	93	metformin hcl TB24 PO 750 MG _____	19	methylphenidate hcl TBCR PO 10 MG, 20 MG, 36 MG _____	2
MENACTRA _____	97	methadone hcl TABS PO 10 MG _____	6	methylphenidate hcl TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
MENOPUR SC _____	61	methadone hcl TABS PO 5 MG _____	6	methylprednisolone TABS PO 4 MG, 8 MG _____	47
MENQUADFI _____	97	methazolamide TABS PO _____	59	methylprednisolone TBPk PO _____	47
MENVEO SOLN _____	97	methenamine mandelate _____	29		
MENVEO SOLR _____	97	methenamine-hyosc-methylene blue- sod phos-phenyl sal TABS PO 81.6 MG _____	28		
meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML _____	6	methimazole TABS PO _____	95		
meperidine hcl TABS PO 50 MG _____	6				
MEPHYTON TABS PO (Use phytonadione) _____	100				

methyltestosterone TABS _____	8	MICARDIS PO (Use telmisartan) _	26	MIRCERA _____	67
metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML _____	64	MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical)) _____	52	MIRCETTE PO (Use desogestrel- ethinyl estradiol (biphasic)) _____	46
metoclopramide hcl TABS PO ____	64	miconazole nitrate (topical) CREA .	52	MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT _____	57
metolazone PO _____	60	miconazole nitrate vaginal CREA _	99	MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+ _____	57
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG _____	27	miconazole nitrate vaginal KIT ____	99	mirtazapine TABS PO 15 MG ____	15
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 50 MG-100 MG _____	28	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____	99	mirtazapine TABS PO 30 MG ____	15
metoprolol succinate TB24 PO 200 MG _____	43	miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____	99	mirtazapine TABS PO 7.5 MG, 45 MG _____	15
metoprolol succinate TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	43	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____	90	mirtazapine TBDP PO 15 MG ____	15
metoprolol tartrate TABS PO 100 MG	43	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW . 74		mirtazapine TBDP PO 30 MG ____	15
metoprolol tartrate TABS PO 25 MG, 50 MG _____	43	midazolam hcl SOLN IJ _____	68	mirtazapine TBDP PO 45 MG ____	15
METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) _____	56	midodrine hcl PO _____	100	misoprostol PO _____	97
METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical)) _____	56	mifepristone (hyperglycemia) ____	19	mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML _____	33
metronidazole (topical) CREA ____	56	miglustat _____	66	MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT _____	71
metronidazole (topical) GEL 0.75 % 56		MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) ____	76	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP _____	58
metronidazole (topical) LOTN ____	56	MILLIPRED TABS PO _____	47	M-M-R II SOLR _____	98
metronidazole TABS PO _____	28	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	74	MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y	98
metronidazole vaginal _____	99	MINIELITE FILTER		MODERNA COVID-19 BIVALENT 98	
metyrosine PO _____	26	REPLACEMENTS MISC _____	74	MODERNA COVID-19 VAC (BOOSTER) SUSP _____	98
mexiletine hcl PO _____	10	MINIPRESS CAPS PO (Use prazosin hcl) _____	26	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP _____	98
MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) _____	60	MINIVELLE PTTW (Use estradiol)	63	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP _____	98
MICARDIS HCT PO (Use telmisartan-hydrochlorothiazide) ____	28	minocycline hcl CAPS PO _____	94	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY _____	98
		minoxidil PO 10 MG _____	28	MODERNA COVID-19 VACC 6M-5Y SUSP _____	98
		minoxidil PO 2.5 MG _____	28		
		MIRALAX POWD PO (Use polyethylene glycol 3350) _____	69		

MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____	98	MOUTH KOTE SOLN _____	80	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	83
MOI-STIR SOLN _____	80	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	87	MULTIVITAMIN TABS PO _____	81
molindone hcl PO _____	38	MOZOBIL (Use plerixafor) _____	67	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82
mometasone furoate CREA _____	54	MS CONTIN TBCR PO (Use morphine sulfate) _____	7	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG _____	82
mometasone furoate OINT _____	54	MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 PO (Use pseudoephedrine- guaifenesin) _____	49	MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN PO _____	82
mometasone furoate SOLN _____	54	MUCINEX D TB12 PO (Use pseudoephedrine-guaifenesin) _____	49	MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) ·	99	MUCINEX DM TB12 PO (Use dextromethorphan-guaifenesin) _____	49	MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.5 MG	82
MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	99	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 PO (Use guaifenesin) _____	50	mupirocin calcium (topical)	51
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _	99	MUCINEX TB12 PO (Use guaifenesin) _____	50	mupirocin OINT	51
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF (Use hydrocortisone vaginal)	100	MULPLETA _____	67	MVASI _____	31
MONJUVI _____	32	MULTI VITAMIN TABS PO _____	81	MX-SOL BLEND SF SUSP PO _	91
MONOVISC _____	83	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS PO	81	MX-SOL BLEND SUSP PO _____	91
montelukast sodium CHEW PO _	10	multiple vitamin TABS PO _____	81	MX-SOL SF SYRP PO _____	91
montelukast sodium PACK PO _	11	multiple vitamins w/ iron TABS PO	81	MX-SOL SUSPEND SUSP PO _	91
montelukast sodium TABS PO _	11	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____	81	MX-SOL SYRP PO _____	91
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	MYALEPT _____	62
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82	MYAMBUTOL TABS PO 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	30
morphine sulfate SUPP PR _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG _____	82	MYCOBUTIN PO (Use rifabutin) _	30
morphine sulfate TABS PO _____	6	MULTIVITAMIN ADULT TABS PO	81	mycophenolate mofetil CAPS PO _	79
morphine sulfate TBCR PO _____	6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN PO _____	82	mycophenolate mofetil SUSR _____	79
MOTRIN CHILDRENS CHEW PO (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	82	mycophenolate mofetil TABS PO .	79
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP PO (Use ibuprofen) _____	4			mycophenolate sodium PO _____	79
MOUTH KOTE REMINT SOLN _	80			MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	86
				MYFORTIC PO (Use mycophenolate sodium) _____	79

MYLERAN TABS PO _____	30	NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) .	22	neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN ...	89
MYLICON INFANTS GAS RELIEF		NARDIL PO (Use phenelzine sulfato)	16	neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP ...	89
SUSP PO (Use simethicone) ____	63	.....	16		
MYSOLINE PO (Use primidone) _	14	NASACORT ALLERGY 24HR AERO		NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine)	
NABI-HB SOLN IM _____	90	(Use triamcinolone acetonide (nasal))		.....	5
nabumetone PO _____	4	.....	84	NEORAL CAPS PO (Use	
nadolol TABS PO 20 MG, 40 MG, 80		NASALCROM (Use cromolyn		cyclosporine modified (for	
MG _____	43	sodium (nasal)) _____	84	microemulsion)) _____	79
NAGLAZYME _____	62	nateglinide PO _____	21	NEORAL SOLN PO (Use	
NALFON CAPS PO (Use fenoprofen		NATPARA _____	60	cyclosporine modified (for	
calcium) _____	4	NATROBA (Use spinosad) ____	56	microemulsion)) _____	79
naloxone hcl LIQD _____	22	NATURAL FIBER LAXATIVE POWD		NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use	
naloxone hcl SOCT _____	22	PO _____	69	neomycin-bacitracin-polymyxin) __	51
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4		NAYZILAM _____	13	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF	
MG/10ML _____	22	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS		MS (Use neomycin-polymyxin w/	
naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML ____	22	MISC _____	74	pramoxine) _____	52
naltrexone hcl PO _____	22	NEBULIZER MASK ADULT MISC .	74	NERLYNX _____	34
NAMENDA TABS PO (Use		NEBULIZER MASK ADULT/TUBING		NESINA (Use alogliptin benzoate) .	
memantine hcl) _____	93	MISC _____	74	20	
NAMENDA TITRATION PAK TABS		NEBULIZER MASK CHILD MISC .	74	NEUPOGEN SOLN _____	67
PO (Use memantine hcl) _____	93	nefazodone hcl PO _____	17	NEUPOGEN SOSY _____	67
naphazoline w/ pheniramine 0.315		NEOMULTIVITE TABS PO ____	81	NEURONTIN CAPS PO (Use	
%-0.027 %	87	neomycin sulfate TABS PO _____	2	gabapentin) _____	14
NAPROSYN SUSP PO (Use		neomycin-bacitracin zn-polymyxin	87	NEURONTIN SOLN PO (Use	
naproxen) _____	4	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .	51	gabapentin) _____	14
NAPROSYN TABS PO 500 MG (Use		neomycin-polymy-dexameth OINT	88	NEURONTIN TABS PO 600 MG	
naproxen) _____	4	neomycin-polymy-dexameth SUSP .	88	(Use gabapentin) _____	14
naproxen sodium TABS PO 220 MG .		neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	51	NEURONTIN TABS PO 800 MG	
5		neomycin-polymyxin-hc (ophth) ____	88	(Use gabapentin) _____	14
naproxen sodium TABS PO 275 MG,				NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 %	
550 MG _____	5			(Use coal tar extract) _____	57
naproxen SUSP PO _____	5			nevirapine SUSP PO _____	40
naproxen TABS PO _____	5			nevirapine TABS PO _____	40
naratriptan hcl PO _____	76			nevirapine TB24 PO 100 MG ____	40

nevirapine TB24 PO 400 MG ____	40	nicotine polacrilex LOZG _____	94	norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	46
NEXAVAR PO (Use sorafenib tosylate) _____	34	nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____	94	norethindrone & eth estradiol PO .	46
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR PO (Use esomeprazole magnesium) 96		NICOTROL INHA _____	94	norethindrone & ethinyl estradiol-fe PO _____	46
NEXIUM 24HR CPDR PO (Use esomeprazole magnesium) _____	96	NICOTROL NS SOLN _____	94	norethindrone (contraceptive) PO .	47
NEXIUM CPDR PO 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	96	nifedipine CAPS PO _____	44	norethindrone acet & eth estra TABS PO _____	46
NEXVIAZYME _____	62	nifedipine TB24 PO 30 MG, 90 MG 44		norethindrone acetate TABS PO _	92
niacin (antihyperlipidemic) TABS PO 25		nifedipine TB24 PO 60 MG _____	44	norethindrone acetate-ethinyl estradiol PO _____	63
niacin (antihyperlipidemic) TBCR PO 25		NINLARO _____	34	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe PO _____	46
niacin CPCR PO 250 MG, 500 MG 101		nitisinone CAPS PO _____	62	norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO _____	46
NIACIN ER CPCR PO _____	101	NITRO-BID OINT _____	9	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO _____	46
NIACIN ER TBCR PO _____	101	NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)	9	norgestimate-ethinyl estradiol PO_	46
niacin TABS PO 500 MG _____	101	nitrofurantoin macrocrystal PO 50 MG, 100 MG _____	29	norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG _____	46
niacin TBCR PO _____	101	nitrofurantoin monohyd macro PO	29	NORPACE CAPS PO (Use disopyramide phosphate) _____	10
nicardipine hcl CAPS PO _____	44	nitrofurantoin PO _____	29	NORPACE CR CP12 PO 150 MG	10
NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____	93	nitroglycerin CPCR PO _____	9	NORPRAMIN TABS PO 10 MG (Use desipramine hcl) _____	18
NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____	94	nitroglycerin PT24 _____	9	NORPRAMIN TABS PO 25 MG (Use desipramine hcl) _____	18
NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	94	nitroglycerin SUBL _____	9	NORTHERA (Use droxidopa) __	100
NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	93	NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____	9	nortriptyline hcl CAPS PO _____	18
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____	94	NITYR TABS _____	62	nortriptyline hcl SOLN PO _____	18
NICOTINE KIT _____	94	NIVA THYROID TABS PO _____	95	NORVASC TABS PO (Use amlodipine besylate) _____	44
nicotine polacrilex GUM _____	94	NIVESTYM SOLN _____	67	NORVIR CAPS PO _____	40
		NIVESTYM SOSY _____	67		
		NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	56		
		NIZORAL SHAM _____	52		
		NORDITROPIN FLEXPPO SOPN	61		
		norelgestromin-ethinyl estradiol __	46		

NORVIR SOLN _____	40	NOVOLOG SOLN IJ _____	21	octreotide acetate KIT _____	62
NORVIR TABS PO (Use ritonavir) _____	40	NOVOSEVEN RT _____	66	octreotide acetate SOLN _____	62
NOSE CLIP MISC _____	74	NP THYROID TABS PO _____	95	OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))	87
NOVA MAX PLUS KETONE TEST	58	NUBEQA _____	33	ODEFSEY _____	40
NOVACHOR _____	57	NULIBRY _____	62	ODOMZO PO _____	32
NOVAREL IM _____	61	NULOJIX _____	79	OFEV _____	94
NOVAVAX COVID-19 VACCINE		NUMOISYN LIQD _____	80	OFF DEEP WOODS AERO _____	56
SUSP _____	98	NUPLAZID CAPS _____	37	OFF DEEP WOODS DRY AERO _____	56
NOVAVAX COVID-19 VACCINE		NUPLAZID TABS PO 10 MG _____	37	ofloxacin (ophth) _____	87
SUSY _____	98	NUVARING (Use etonogestrel- ethinyl estradiol) _____	47	ofloxacin (otic) _____	89
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION		NUWIQ KIT _____	66	ofloxacin PO 400 MG _____	63
SUPN _____	20	NUWIQ SOLR _____	66	OGIVRI _____	32
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN _____	20	NYSTATIN (Use nystatin (mouth- throat)) _____	80	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF	
NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _____	20	nystatin (mouth-throat) _____	80	TEST KIT _____	58
NOVOLIN 70/30 SUSP _____	20	nystatin (topical) CREA _____	52	olanzapine TABS PO 15 MG, 20 MG .	38
NOVOLIN N FLEXPEN RELION		nystatin (topical) OINT _____	52	olanzapine TABS PO 2.5 MG, 5 MG .	38
SUPN _____	20	nystatin (topical) POWD EX _____	52	olanzapine TABS PO 7.5 MG, 10 MG	38
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _____	21	nystatin TABS PO _____	23	.....	38
NOVOLIN N RELION SUSP _____	21	nystatin-triamcinolone CREA _____	52	olmesartan medoxomil PO _____	26
NOVOLIN N SUSP _____	21	nystatin-triamcinolone OINT _____	52	olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide PO _____	28
NOVOLIN R RELION SOLN IJ _____	21	NYVEPRIA _____	67	olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide PO _____	28
NOVOLIN R SOLN IJ _____	21	OASIS ULTRA MATRIX		OMBRA COMPRESSOR AIR	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION		FENESTRATED _____	57	FILTERS MISC _____	74
SUPN _____	21	OASIS WOUND MATRIX		omega-3 fatty acids CAPS PO 1000	
NOVOLOG FLEXPEN RELION		FENESTRATED _____	57	MG, 1200 MG _____	86
SOPN _____	21	OBIZUR _____	66	omega-3 fatty acids CPDR PO 1200	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN _____	21	OALIVA _____	63	MG _____	86
NOVOLOG MIX 70/30 RELION		OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML _____	90	OMEPRAZOLE _____	46
SUSP _____	21	OCTAGAM SOLN _____	90		
NOVOLOG MIX 70/30 SUSP _____	21				
NOVOLOG PENFILL SOCT _____	21				
NOVOLOG RELION SOLN IJ _____	21				

OMEPRAZOLE 20MG TABLET ___	96	ONETOUCH ULTRA MINI KIT ___	71	SWEETENED LIQD PO _____	91
omeprazole CPDR PO _____	96	ONETOUCH ULTRA STRP _____	59	ORAPENN SD ANHYD	
omeprazole magnesium TBEC PO .		ONETOUCH ULTRA TEST STRP .	59	UNSWEETEN LIQD PO _____	91
96		ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM		ORA-PLUS LIQD PO _____	91
OMNICAP TABS PO _____	81	KIT _____	71	ORA-SWEET SF SYRP PO 10 %-9	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST		ONETOUCH VERIO KIT _____	71	%	91
KIT _____	58	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT .		ORA-SWEET SYRP PO 4 %-5 %-54	
ON/GO ONE COVID-19 HOME		71		%	91
TEST KIT _____	58	ONETOUCH VERIO STRP _____	59	ORENCIA CLICKJECT SOAJ ____	5
ONCASPAR _____	35	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY		ORENCIA SOLR _____	5
ondansetron hcl SOLN PO 4		MISC _____	74	ORENCIA SOSY _____	5
MG/5ML _____	22	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY		ORENITRAM TBCR _____	44
ondansetron hcl TABS PO 24 MG .	22	MISC _____	74	ORFADIN CAPS PO (Use nitisinone)	
ondansetron hcl TABS PO 4 MG, 8		ONGLYZA PO (Use saxagliptin hcl) .		.....	62
MG _____	22	20		ORFADIN SUSP _____	62
ondansetron TBDP PO 16 MG ___	22	ONPATTRO _____	94	ORKAMBI PACK _____	94
ondansetron TBDP PO 4 MG, 8 MG .		ONUREG TABS _____	31	ORKAMBI TABS _____	94
22		OPCON-A (Use naphazoline w/		ORLADEYO _____	66
ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO .		pheniramine) _____	87	orphenadrine citrate TB12 PO ____	83
81		OPDIVO _____	32	ORTHOVISC _____	83
ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO .		OPDUALAG _____	33	oseltamivir phosphate CAPS PO 30	
81		OPILL PO _____	47	MG _____	42
ONE FLOW TESTER MISC _____	74	ORA-BLEND SF SUSP PO _____	91	oseltamivir phosphate CAPS PO 45	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN		ORA-BLEND SUSP PO _____	91	MG, 75 MG _____	42
TABS PO _____	81	oral electrolytes SOLN PO _____	77	oseltamivir phosphate SUSR PO _	42
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO		ORAL MIX SF SUSP PO _____	91	OSENI (Use alogliptin-pioglitazone) ..	
(Use multiple vitamin) _____	81	ORAL MIX SUSP PO _____	91	18	
ONE-A-DAY MENS TABS PO (Use		ORAL RELIEF SPRAY SOLN ____	80	OSENI _____	18
multiple vitamin) _____	81	ORAL SUSPEND LIQD PO _____	91	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX	
ONETOUCH SOLUTIONS		ORAL SYRUP SF SYRP PO _____	91	PLUS _____	57
STARTER KIT KIT _____	71	ORAL SYRUP SYRP PO _____	91	OTEZLA TABS PO _____	5
ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	71	ORAPENN SD ANHYD		OTEZLA TBPK PO _____	5
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST				OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5	
STRP _____	58				

MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	PARI MASK SET MISC _____	74
MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5	PO 500 MG-200 UNIT _____	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW	
MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3 oyster shell PO _____	MISC _____	74
OVACE PLUS WASH LIQD (Use	OZURDEX IMPL _____	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK	
sulfacetamide sodium) _____	53	MISC _____	74
OVACE WASH LIQD (Use	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	PARI SOFT PLASTIC PED MASK	
sulfacetamide sodium) _____	PART _____	MISC _____	74
OVIDE (Use malathion) _____	53	PARI VORTEX ADULT MASK ____	74
OVIDREL SOSY _____	57	paricalcitol SOLN _____	62
OXAYDO TABS PO 5 MG _____	61	PARLODEL CAPS PO (Use	
oxazepam CAPS PO _____	7	bromocriptine mesylate) _____	37
OXBRYTA TABS 500 MG _____	10	PARLODEL TABS PO (Use	
OXBRYTA TBSO _____	67	bromocriptine mesylate) _____	37
oxcarbazepine SUSP PO _____	67	PARNATE PO (Use tranlycypromine	
oxcarbazepine TABS PO _____	14	sulfate) _____	16
OXLUMO _____	14	paroxetine hcl SUSP PO _____	17
oxybutynin chloride TABS PO ____	65	paroxetine hcl TABS PO 10 MG__	17
oxybutynin chloride TB24 PO ____	97	paroxetine hcl TABS PO 20 MG__	17
oxycodone hcl CAPS PO _____	97	paroxetine hcl TABS PO 30 MG, 40	
oxycodone hcl CONC PO 100	7	MG _____	17
MG/5ML _____	7	paroxetine hcl TB24 PO _____	17
oxycodone hcl SOLN PO _____	7	PARSABIV _____	62
oxycodone hcl T12A PO 10 MG, 20	7	PARVA-CAL PO 200 UNIT-500 MG	
MG, 40 MG, 80 MG _____	7	77	
oxycodone hcl TABS PO 30 MG ____	7	PAXIL CR TB24 PO (Use paroxetine	
oxycodone hcl TABS PO 5 MG, 10	7	hcl) _____	17
MG, 15 MG, 20 MG _____	7	PAXIL SUSP PO (Use paroxetine	
oxycodone w/ acetaminophen SOLN	7	hcl) _____	17
PO _____	7	PAXIL TABS PO 10 MG (Use	
oxycodone w/ acetaminophen TABS	7	paroxetine hcl) _____	17
PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG,	7	PAXIL TABS PO 20 MG (Use	
325 MG-7.5 MG _____	7	paroxetine hcl) _____	17
OXYCONTIN T12A PO _____	7	PAXIL TABS PO 30 MG, 40 MG (Use	
	7	paroxetine hcl) _____	17

PAXLOVID (150/100) _____	41	pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82	PEPCID TABS PO (Use famotidine) ...	96
PAXLOVID (300/100) _____	41	pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.5 MG _____	82	PEPTO-BISMOL CHEW PO (Use bismuth subsalicylate) _____	21
pazopanib hcl _____	34	pediatric multivitamins w/fl SOLN PO 82	82	PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP PO (Use bismuth subsalicylate) _____	21
PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN PO _____	82	PEDIATRIC PANDA MASK _____	75	PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW PO (Use bismuth subsalicylate) _____	21
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	83	pediatric vitamins acid w/ fluoride SOLN PO _____	82	PERCOCET TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) .	7
PCCA SWEET-SF SYRP PO ____	91	PEDVAX HIB SUSP _____	97	PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____	80
PCCA SYRUP VEHICLE SYRP PO 91		peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR PO ____	69	PERJETA _____	32
PCCA-PLUS SUSP PO _____	91	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride PO ____	69	permethrin CREA _____	57
PEAK A-I-R FLOW METER _____	74	PEGASYS SOLN _____	42	permethrin LIQD EX _____	57
PEAK AIR PEAK FLOW METER .	74	PEG-PREP PO _____	69	perphenazine TABS PO _____	38
PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG _____	74	PEMAZYRE _____	34	perphenazine-amitriptyline PO ____	93
PED DISPOSABLE MISC _____	75	PEMETREXED 500 MG/20ML ____	31	PERSERIS PRSY _____	37
ped multivitamins w/fl & iron SOLN PO _____	81	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	31	PERSONAL BEST FULL RANGE .	75
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN PO (Use oral electrolytes) _	77	PEMFEXY _____	31	PFIZER COVID-19 BIVAL 6MO-4YR	98
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	78	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP _____	72	PFIZER COVID-19 VAC BIVAL 5-11	98
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN PO _____	78	PEN NEEDLES _____	72	PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT .	98
PEDIALYTE SINGLES SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	78	PENBRAYA _____	97	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP _____	98
PEDIALYTE SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	78	penicillamine TABS PO _____	78	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP _____	99
PEDIAPRED SOLN PO (Use prednisolone sodium phosphate) _	47	penicillin v potassium SOLR PO _	90	PFIZER-BIONT COVID-19 VAC- TRIS SUSP _____	99
PEDIARIX SUSY _____	95	penicillin v potassium TABS PO ____	90	PFIZER-BIONTECH COVID-19	
PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC .	75	PENTACEL _____	95		
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	pentoxifylline PO _____	66		
		PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS PO (Use famotidine) _____	96		
		PEPCID AC TABS PO (Use famotidine) _____	96		

VACC SUSP _____	99	PIKO 1 _____	75	SC _____	93
PFLEX MISC _____	75	PILLOW MASK/ADULT MISC ____	75	PLENITY _____	1
PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC _____	75	PILLOW MASK/CHILD MISC ____	75	PLENITY WELCOME KIT _____	1
phenazopyridine hcl TABS PO 100 MG, 200 MG _____	65	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	75	plerixafor _____	67
phenelzine sulfate PO _____	16	pilocarpine hcl (oral) PO 5 MG ____	80	PNEUMOVAX 23 SOLN _____	97
phenobarbital ELIX PO _____	68	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % . 86		PNEUMOVAX 23 SOSY _____	97
phenobarbital TABS PO _____	68	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	59	POCKET PEAK FLOW METER ____	75
phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	86	pimecrolimus _____	55	POCKETPEAK PEAK FLOW METER	75
phenylephrine hcl (oral) TABS PO .	84	pindolol TABS PO _____	43	podofilox SOLN	55
phenylephrine-chlorphen-dm LIQD PO 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML _____	49	pioglitazone hcl PO _____	21	POLIVY _____	32
phenylephrine-dm LIQD PO 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	49	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS PO _____	18	POLYCOSE LIQD _____	85
phenylephrine-dm SOLN PO ____	49	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	59	POLYCOSE POWD PO _____	86
phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter PR _____	8	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) .	34	polyethylene glycol 3350 POWD PO . 69	
phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum PR _____	8	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) .	34	polymyxin b-trimethoprim _____	87
phenytoin CHEW PO _____	15	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ..	35	polysaccharide iron complex CAPS PO _____	67
phenytoin sodium extended PO 100 MG _____	15	pirfenidone CAPS _____	94	POLYTRIM (Use polymyxin b- trimethoprim) _____	87
phenytoin sodium SOLN _____	15	pirfenidone TABS PO _____	94	POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82
phenytoin SUSP PO _____	15	piroxicam CAPS PO _____	5	POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.5 MG 82	
PHESGO _____	33	PLAN B ONE-STEP PO (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	47	polyvinyl alcohol 1.4 % _____	86
PHOTOFRIN _____	35	PLAQUENIL PO (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	29	POLY-VI-SOL SOLN PO _____	83
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT _____	87	PLAVIX PO 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	66	POLY-VITA SOLN PO _____	83
phytonadione TABS PO 5 MG ____	100	PLEGRIDY SOAJ _____	93	POLY-VITA/IRON SOLN PO ____	82
PIFELTRO _____	40	PLEGRIDY SOSY IM _____	93	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO 83	
		PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ ... 93		POLY-VITE/IRON SOLN PO ____	82
		PLEGRIDY STARTER PACK SOSY		POMALYST _____	33

PORTRAZZA _____	32	prednisolone acetate (ophth) _____	88	PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80
pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic PO 78		PREDNISOLONE ACETATE P-F _____	88	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80
potassium bicarbonate TBEF PO _____	78	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____	88	PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____	80
potassium chloride CPCR PO 10 MEQ _____	78	prednisolone sodium phosphate SOLN PO 20 MG/5ML _____	47	PREVIDENT GEL (Use sodium fluoride (dental)) _____	80
potassium chloride CPCR PO 8 MEQ	78	prednisolone sodium phosphate SOLN PO _____	47	PREVNAR 13 _____	97
potassium chloride microencapsulated crystals er PO _____	78	prednisolone SOLN _____	47	PREVNAR 20 _____	97
potassium chloride PACK PO 20 MEQ _____	78	prednisolone TABS PO _____	47	PREVYMIS SOLN _____	41
potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 % _____	78	PREDNISONE INTENSOL CONC _____	48	PREVYMIS TABS _____	41
potassium chloride TBCR PO 8 MEQ, 10 MEQ _____	78	prednisone SOLN PO _____	48	PREZCOBIX _____	40
potassium citrate (alkalinizer) TBCR PO _____	64	prednisone TABS PO _____	48	PREZISTA SUSP _____	40
POTELIGEO _____	32	prednisone TBPK PO _____	48	PREZISTA TABS 150 MG _____	40
PRADAXA CAPS PO (Use dabigatran etexilate mesylate) _____	12	PREFERRED PLUS GLUCOSE PO _____	19	PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____	40
pralatrexate _____	31	PREGNYL IM _____	61	PREZISTA TABS 75 MG _____	40
PRALUENT SOAJ _____	25	PREHEVBRIO _____	99	PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____	40
pramipexole dihydrochloride TABS PO _____	37	PREMARIN _____	100	PRIALT _____	6
pramoxine-hc-chloroxylenol _____	89	PREMARIN TABS PO _____	63	PRILOSEC OTC TBEC PO (Use omeprazole magnesium) _____	96
prasugrel hcl PO _____	66	PREMPHASE PO _____	63	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS PO (Use primaquine phosphate) _____	30
pravastatin sodium PO _____	25	PREMPRO PO _____	63	primaquine phosphate TABS PO _____	30
prazosin hcl CAPS PO _____	26	PRENATAL VITAMINS-MISC _____	83	primidone PO _____	14
PRECISION XTRA KETONE _____	59	PREVACID 24HR CPDR PO (Use lansoprazole) _____	96	PRIORIX SUSR _____	99
PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____	88	PREVACID CPDR PO 30 MG (Use lansoprazole) _____	96	PRISTIQ PO 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17
PRED MILD _____	88	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRISTIQ PO 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17
		PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental)) 80		PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20	

GM/200ML, 40 GM/400ML _____	90	promethazine hcl TABS PO _____	24	medroxyprogesterone acetate)____	92
PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML ____	90	promethazine w/codeine SOLN PO .	49	PROZAC CAPS PO 10 MG, 20 MG	
PROAIR HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12	promethazine w/codeine SYRP PO .	49	(Use fluoxetine hcl) _____	17
PROAIR RESPICLICK AEPB _____	12	promethazine-dm SYRP PO _____	49	PROZAC CAPS PO 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____	17
probenecid PO _____	65	promethazine-phenylephrine-codeine PO _____	50	pseudoephed-bromphen-dm SYRP PO 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML _____	50
PROCARDIA XL TB24 PO 30 MG, 90 MG (Use nifedipine)_____	44	PROMETRIUM CAPS PO 100 MG (Use progesterone)_____	92	pseudoephedrine hcl TABS PO __	84
PROCARDIA XL TB24 PO 60 MG (Use nifedipine)_____	44	PROMETRIUM CAPS PO 200 MG (Use progesterone)_____	92	pseudoephedrine hcl TB12 PO__	84
prochlorperazine maleate TABS PO .	38	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	75	pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD PO 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML _____	50
prochlorperazine PR _____	38	propafenone hcl TABS PO	10	pseudoephedrine-guaifenesin SYRP PO 100 MG/5ML-30 MG/5ML ____	50
PROCRIT _____	67	propranolol hcl CP24 PO	43	pseudoephedrine-guaifenesin TB12 PO 600 MG-60 MG _____	50
PROCYSBI CPDR PO _____	64	propranolol hcl SOLN PO	20	pseudoephedrine-ibuprofen TABS PO _____	50
PROCYSBI PACK _____	64	MG/5ML, 40 MG/5ML _____	43	psyllium CAPS PO 0.52 GM _____	69
PROFILNINE _____	66	propranolol hcl TABS PO _____	43	psyllium POWD PO 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %	69
progesterone CAPS PO 100 MG _	92	propylthiouracil PO _____	95	psyllium POWD PO 43 % _____	69
progesterone CAPS PO 200 MG _	92	PROQUAD SUSR _____	99	PTS PANELS EGLU TEST STRP .	59
PROGRAF CAPS PO (Use tacrolimus) _____	79	PROSCAR PO (Use finasteride) _	65	PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____	11
PROGRAF PACK _____	79	PROTEXT SUSP _____	57	PULMOZYME _____	94
PROLASTIN-C SOLN _____	94	PROTONIX TBEC PO 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURAPLY _____	57
PROLASTIN-C SOLR _____	94	PROTONIX TBEC PO 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURE COMFORT FLOW METER ADULT _____	75
PROLEUKIN _____	35	PROTOPIC OINT 0.03 % (Use tacrolimus (topical)) _____	55	PURE COMFORT FLOW METER CHILD _____	75
PROLIA SOSY _____	60	PROTOPIC OINT 0.1 % (Use tacrolimus (topical)) _____	55	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	72
promethazine & phenylephrine SYRP PO _____	49	PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12	PURIXAN SUSP _____	31
PROMETHAZINE HCL POWD ____	46	PROVERA PO 5 MG, 10 MG (Use			
promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML _____	24				
promethazine hcl SUPP PR _____	24				

PX DAYTIME MULTI-SYMPPTOM CAPS PO _____	50	QUESTRAN LIGHT POWD PO (Use cholestyramine light) _____	25	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP _____	84
PX GLUCOSE PO _____	19	QUESTRAN PACK PO (Use cholestyramine) _____	25	RADICAVA ORS SUSP _____	84
PX NITETIME MULTI-SYMPPTOM CAPS PO _____	50	QUESTRAN POWD PO (Use cholestyramine) _____	25	RADICAVA SOLN (Use edaravone)	85
pyrantel pamoate SUSP PO _____	9	quetiapine fumarate TABS PO 100 MG, 200 MG _____	38	raloxifene hcl PO _____	61
pyrazinamide PO _____	30	quetiapine fumarate TABS PO 25 MG, 50 MG _____	38	ramipril CAPS PO _____	26
pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 57		quetiapine fumarate TABS PO 300 MG, 400 MG _____	38	RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus)	79
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	57	QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82	RAPAMUNE TABS PO (Use sirolimus) _____	79
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 % _____	57	QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG _____	82	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
PYRIDIDIUM TABS PO (Use phenazopyridine hcl) _____	65	QUFLORA PEDIATRIC SOLN PO _____	82	RAZADYNE ER CP24 PO (Use galantamine hydrobromide) _____	93
pyridostigmine bromide TABS PO 60 MG _____	30	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____	59	REBIF REBIDOSE SOAJ _____	93
pyridostigmine bromide TBCR PO _____	30	quinapril hcl PO _____	26	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ _____	93
pyridoxine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	101	quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG _____	28	REBIF SOSY _____	93
pyrimethamine PO _____	30	quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-20 MG _____	28	REBIF TITRATION PACK SOSY _____	93
PYRUKYND TABS _____	66	quinapril-hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG _____	28	REBINYN _____	66
PYRUKYND TAPER PACK TBPk _____	66	quinidine gluconate TBCR PO _____	10	RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____	60
QC CALCIUM 500MG-D3 TABS PO _____	77	quinidine sulfate TABS PO _____	10	RECOMBINATE SOLR _____	66
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP PO _____	50	QUINTABS TABS PO _____	81	RECOMBIVAX HB SUSP _____	99
QINLOCK _____	35	QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT _____	11	RECOMBIVAX HB SUSY _____	99
QUADRACEL SUSP _____	95	QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT _____	11	RECORLEV _____	60
QUADRACEL SUSY _____	95	RA DRY MOUTH SOLN _____	80	REDITREX SOSY _____	3
QUARTETTE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____	46	RA GLUCOSE PO _____	19	REGLAN TABS PO (Use metoclopramide hcl) _____	64
		RABAVERT _____	99	RELENZA DISKHALER _____	42

RELEUKO SOLN _____	67	RETIN-A CREA (Use tretinoin)____	51	RIASTAP _____	66
RELEUKO SOSY _____	67	RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) .	51	ribavirin (hepatitis c) CAPS PO____	42
RELEXXII TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin) _____	51	ribavirin (hepatitis c) TABS PO 200 MG _____	42
RELEXXII TBCR PO 36 MG_____	2	RETISERT _____	88	riboflavin TABS PO _____	101
RELION GLUCOSE PO _____	19	RETROVIR CAPS PO (Use zidovudine) _____	41	RID COMPLETE LICE ELIMINATION (Use pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover) _____	57
RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	59	RETROVIR SYRP PO (Use zidovudine) _____	41	RID LIQD 4 %-0.33 % (Use pyrethrins-piperonyl butoxide)_____	57
RELION KETONE TEST STRP ___	59	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC _____	75	rifabutin PO _____	30
RELPAK PO (Use eletriptan hydrobromide)_____	76	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC _____	75	rifampin CAPS PO _____	30
REMERON SOLTAB TBDP PO 15 MG (Use mirtazapine)_____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC _____	75	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP _____	59
REMERON SOLTAB TBDP PO 30 MG (Use mirtazapine)_____	15	REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP _____	59
REMERON SOLTAB TBDP PO 45 MG (Use mirtazapine)_____	15	REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	RILUTEK TABS PO (Use riluzole) .	85
REMERON TABS PO 15 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVATIO TABS PO (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	riluzole TABS PO _____	85
REMERON TABS PO 30 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVCOSI _____	62	RINVOQ TB24 PO 30 MG, 45 MG .	2
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____	25	REVLIMID PO _____	78	risedronate sodium TABS PO 35 MG	60
REPATHA SOSY _____	26	REYATAZ CAPS PO 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____	41	risedronate sodium TABS PO 5 MG, 30 MG _____	60
REPATHA SURECLICK SOAJ____	26	REYATAZ CAPS PO 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____	41	risedronate sodium TBEC PO ___	60
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN 56		REYATAZ PACK _____	41	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____	37
REPLACEMENT AIR FILTER MISC .	75	REZUROCK _____	78	RISPERDAL SOLN PO (Use risperidone)_____	37
REPLACEMENT FILTERS MISC .	75	RHO GAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____	90	RISPERDAL TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone)_____	37
RESTORIL PO 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____	68	RHOPHYLAC SOSY IJ _____	90	risperidone microspheres _____	37
RETACRIT _____	67	RIABNI _____	32	risperidone SOLN PO _____	37
RETEVMO CAPS _____	35			risperidone TABS PO _____	38
RETHYMIC _____	78				

risperidone TBDP PO _____	38	(Use oxycodone hcl) _____	7	SAPHNELO _____	79
RITALIN TABS PO 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROXICODONE TABS PO 30 MG (Use oxycodone hcl) _____	7	sapropterin dihydrochloride PACK	62
RITALIN TABS PO 5 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROZLYTREK CAPS _____	35	sapropterin dihydrochloride TABS	62
ritonavir TABS PO _____	41	RUBRACA _____	35	SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	53
RITUXAN _____	32	RUCONEST _____	66	SAVELLA TABS PO _____	93
RITUXAN HYCELA _____	33	rufinamide SUSP _____	14	SAVELLA TITRATION PACK MISC	93
rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____	93	rufinamide TABS PO _____	14	SAWYER INSECT REPELLENT LOTN _____	56
rivastigmine tartrate CAPS PO _____	93	RUKOBIA _____	41	saxagliptin hcl PO _____	20
RIXUBIS SOLR _____	66	RUXIENCE _____	32	saxagliptin-metformin hcl PO _____	18
rizatriptan benzoate TABS PO _____	76	RYDAPT _____	35	SCSEMBLIX 100 MG _____	35
rizatriptan benzoate TBDP PO _____	76	RYLAZE _____	35	SCSEMBLIX 20 MG, 40 MG _____	35
ROBINUL TABS PO (Use glycopyrrolate) _____	96	RYPLAZIM _____	66	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	57
ROBINUL-FORTE TABS PO (Use glycopyrrolate) _____	96	SABRIL PACK (Use vigabatrin) _____	14	SCOT-TUSSIN DM LIQD PO _____	50
ROCALTRON CAPS PO (Use calcitriol) _____	62	SABRIL TABS (Use vigabatrin) _____	14	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD PO	50
roflumilast PO _____	11	SALAGEN PO 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral)) _____	80	SEASONIQUE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day)) _____	46
ROMIDEPSIN SOLN _____	35	salicylic acid GEL 6 % _____	55	selegiline hcl CAPS PO _____	37
romidepsin SOLR _____	35	SALINE NASAL SPRAY 0.65% _____	84	selegiline hcl TABS PO _____	37
ropinirole hydrochloride TABS PO 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____	37	salsalate PO _____	6	selenium sulfide LOTN 1 % _____	53
ropinirole hydrochloride TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____	37	SAMI THE SEAL FILTERS MISC	75	selenium sulfide LOTN 2.5 % _____	53
rosuvastatin calcium TABS PO _____	25	SAMSCA TABS (Use tolvaptan) _____	62	selenium sulfide SHAM 1 % _____	53
ROTARIX SUSP _____	99	SANDIMMUNE CAPS PO (Use cyclosporine) _____	79	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide)	53
ROTARIX SUSR PO _____	99	SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	79	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROTATEQ SOLN PO _____	99	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate) _____	62	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROUGH PIGWEED _____	2	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG _____	62	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROXICODONE TABS PO 15 MG		SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	62		

SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) _____	53	SFROWASA ENEM PR _____	64	simvastatin TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	25
SELZENTRY SOLN _____	41	SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	2	SINEMET TABS PO 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa-levodopa) _____	37
SELZENTRY TABS PO 150 MG (Use maraviroc) _____	41	SHINGRIX _____	99	SINGULAIR CHEW PO (Use montelukast sodium) _____	11
SELZENTRY TABS PO 25 MG, 75 MG _____	41	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	75	SINGULAIR PACK PO (Use montelukast sodium) _____	11
SELZENTRY TABS PO 300 MG (Use maraviroc) _____	41	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC _____	75	SINGULAIR TABS PO (Use montelukast sodium) _____	11
SEMGLEE (YFGN) SOLN _____	21	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC _____	75	sirolimus SOLN _____	79
SEMGLEE (YFGN) SOPN _____	21	SIGNIFOR _____	62	sirolimus TABS PO _____	79
sennosides TABS PO 8.6 MG _____	69	SIGNIFOR LAR _____	62	SITAGLIPTIN _____	20
sennosides-docusate sodium TABS PO _____	69	SIKLOS TABS _____	67	SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS _____	18
SENOKOT S TABS PO (Use sennosides-docusate sodium) _____	69	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	45	SIVEXTRO TABS _____	29
SENOKOT TABS PO (Use sennosides) _____	70	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	45	SKYRIZI (150 MG DOSE) PSKT _____	53
SENSIPAR PO (Use cinacalcet hcl) _____	62	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS PO _____	45	SKYRIZI PEN SOAJ _____	53
SEREVENT DISKUS _____	12	SILICONE MASK/ADULT MISC _____	75	SKYRIZI SOSY _____	53
SEROQUEL TABS PO 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____	38	SILICONE MASK/INFANT MISC _____	75	SLO-NIACIN TBCR PO (Use niacin) .	101
SEROQUEL TABS PO 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	38	SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC .	75	SM GLUCOSE CHEW PO _____	19
SEROQUEL TABS PO 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____	38	SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	53	SM GLUCOSE PO _____	19
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG _____	61	silver sulfadiazine _____	53	SM IPECAC SYRUP PO _____	22
sertraline hcl CONC PO _____	17	simethicone CHEW PO 80 MG _____	63	SMART SENSE GLUCOSE PO _____	19
sertraline hcl TABS PO 100 MG _____	17	simethicone LIQD PO _____	63	SOAANZ TABS PO 20 MG _____	59
sertraline hcl TABS PO 25 MG, 50 MG _____	17	simethicone SUSP PO _____	63	sodium bicarbonate (antacid) TABS PO 325 MG, 650 MG _____	9
SEVENFACT _____	66	SIMLANDI (1 PEN) AJKT _____	3	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	64
		SIMLANDI (2 PEN) AJKT _____	3	sodium chloride (inhalant) AERS _____	50
		SIMPLYTHICK EASY MIX PO _____	91	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	50
		SIMPLYTHICK PO _____	91		

sodium citrate & citric acid PO ____	64	MISC _____	75	SPRAVATO (84 MG DOSE) _____	16
sodium fluoride (dental) CREA ____	80	sorafenib tosylate PO _____	35	SPRYCEL (Use dasatinib) _____	35
sodium fluoride (dental) GEL ____	80	SORBITOL PO 70 % _____	69	STAMARIL SUSR _____	99
sodium fluoride (dental) PSTE DT .	80	SORREL/DOCK MIX IJ _____	2	stavudine CAPS PO _____	41
sodium fluoride CHEW PO _____	78	SOSWEET SYRP PO _____	91	STELARA 130 MG/26ML _____	64
sodium fluoride SOLN PO _____	78	sotalol hcl (afib/af) PO _____	43	STELARA SOSY _____	53
SODIUM OXYBATE SOLN PO __	92	sotalol hcl TABS PO 240 MG ____	43	STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 .	91
sodium phenylbutyrate POWD PO	62	sotalol hcl TABS PO 80 MG, 120		STERILE DILUENT FOR	
sodium phenylbutyrate TABS PO .	62	MG, 160 MG _____	43	REMODULIN (Use glycine diluent)	91
sodium phosphates ENEM PR	69	SOVALDI TABS _____	42		
sodium polystyrene sulfonate POWD		SOVUNA PO 200 MG _____	30	STIVARGA _____	35
PO _____	79	SPACER/AEROSOL-HOLDING		STRATTERA PO (Use atomoxetine	
sodium polystyrene sulfonate SUSP		CHAMBER SUPPLIES _____	75	hcl) _____	1
CO 15 GM/60ML _____	79	SPACER/AEROSOL-HOLDING		STRENSIQ _____	62
sodium sulfate-potassium sulfate-		CHAMBERS _____	75	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY	
magnesium sulfate _____	69	SPACERS AND BREATHING		TABS PO _____	81
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS		CHAMBERS-MISC _____	75	STRIBILD _____	41
.....	42	SPEEDY SWAB COVID-19		STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW	
SOLESTA _____	78	ANTIGEN KIT _____	59	MTR _____	76
SOLQUA _____	18	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE		SUBLOCADE SOSY _____	8
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE		SUSP _____	99	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG,	
SOLN PO _____	82	SPIKEVAX SUSP _____	99	1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use	
SOLUVITA SOLN PO _____	78	SPIKEVAX SUSY _____	99	buprenorphine hcl-naloxone hcl	
SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN		spinosad _____	57	dihydrate) _____	8
PO _____	82	SPINRAZA _____	85	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG	
SOMAVERT _____	61	SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use		(Use buprenorphine hcl-naloxone hcl	
SOOTHENEB NBL 100 ADULT		tiotropium bromide monohydrate) .	10	dihydrate) _____	8
MASK MISC _____	75	spironolactone & hydrochlorothiazide		sucralfate SUSP PO _____	96
SOOTHENEB NBL 100 CHILD		PO _____	59	sucralfate TABS PO _____	96
MASK MISC _____	75	spironolactone TABS PO _____	60	SUDAFED CHILDRENS LIQD PO	84
SOOTHENEB NBL 100 MED CUP		SPORANOX CAPS PO (Use		SUDAFED PE CHILDRENS SOLN'	
MISC _____	75	itraconazole) _____	23	PO _____	84
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP		SPRAVATO (56 MG DOSE) ____	16	SUDAFED PE SINUS	

CONGESTION TABS PO (Use phenylephrine hcl (oral)) _____	84	SUPARTZ FX SOSY _____	83	tenofovir disoproxil fumarate) _____	41
SUDAFED SINUS CONGESTION TABS PO (Use pseudoephedrine hcl) _____	84	SUPER BI-MIX SOLR _____	44	SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	41
SUDAFED TABS PO (Use pseudoephedrine hcl) _____	84	SUPER TRI-MIX SOLR _____	44	SYNAGIS SOLN _____	90
sulfacetamide sodium (acne) _____	51	SUPPRELIN LA _____	61	SYNAREL _____	61
sulfacetamide sodium (ophth) OINT .	87	SUPRAX CAPS PO (Use cefixime) .	46	SYNOJOYNT SOSY _____	83
sulfacetamide sodium (ophth) SOLN .	87	SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate) _____	69	SYNRIBO _____	35
sulfacetamide sodium LIQD _____	53	SURE COMFORT PEN NEEDLES .	72	SYNTHROID TABS PO (Use levothyroxine sodium) _____	95
sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 % _____	51	SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP PO _____	91	SYNVISC ONE SOSY _____	83
sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____	51	SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP PO _____	91	SYNVISC SOSY _____	83
sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____	88	SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP PO _____	91	SYPRINE PO (Use trientine hcl) _____	78
sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP PO _____	28	SUSPENSION VEHICLE SUSP PO .	91	SYRPALTA (RED) SYRP PO _____	91
sulfamethoxazole-trimethoprim TABS PO _____	28	SUSTIVA CAPS PO 200 MG (Use efavirenz) _____	41	SYRPALTA SYRP PO _____	91
sulfasalazine TABS PO _____	64	SUSTIVA CAPS PO 50 MG (Use efavirenz) _____	41	SYRSPEND SF LIQD PO _____	92
sulfasalazine TBEC PO _____	64	SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN _____	87	SYRUP VEHICLE SF SYRP PO _	92
sulindac TABS PO _____	5	SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN _____	87	SYRUP VEHICLE SYRP PO _____	92
sumatriptan _____	76	SUTENT PO (Use sunitinib malate) .	35	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO _____	81
sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____	76	SYLVANT _____	79	TABLOID PO _____	31
sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____	76	SYMBICORT (Use budesonide-formoterol fumarate dihydrate) _____	12	TABRECTA _____	35
sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML _____	76	SYMDEKO _____	94	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _	55
sumatriptan succinate TABS PO _	77	SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-		tacrolimus (topical) OINT 0.1 % _	55
sunitinib malate PO _____	35			tacrolimus CAPS PO _____	79
				tadalafil (pulmonary hypertension) TABS PO _____	45
				TAFINLAR CAPS PO _____	35
				TAGAMET HB 200 TABS PO (Use cimetidine) _____	96
				TAGAMET HB TABS PO (Use cimetidine) _____	96

TAGRISSO _____	32	TECFIDERA CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	93	TEPEZZA _____	61
TAKHZYRO SOLN _____	66	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	93	terazosin hcl PO _____	26
TAKHZYRO SOSY _____	66	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	72	terbinafine hcl (topical) CREA _____	52
TALTZ SOAJ _____	53	TEGLUTIK SUSP _____	85	terbinafine hcl TABS PO _____	23
TALTZ SOSY _____	53	TEGRETOL SUSP PO (Use carbamazepine) _____	14	terbutaline sulfate TABS PO _____	12
TALZENNA _____	35	TEGRETOL TABS PO (Use carbamazepine) _____	14	terconazole vaginal CREA _____	99
TAMIFLU CAPS PO 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	42	TEGRETOL-XR TB12 PO (Use carbamazepine) _____	14	terconazole vaginal SUPP _____	99
TAMIFLU CAPS PO 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	42	TEGSEDI _____	94	teriflunomide PO _____	93
TAMIFLU SUSR PO (Use oseltamivir phosphate) _____	42	telmisartan PO _____	26	teriparatide SOPN _____	60
tamoxifen citrate TABS PO _____	33	telmisartan-amlodipine PO _____	28	TERIPARATIDE SOPN _____	60
tamsulosin hcl PO _____	65	telmisartan-hydrochlorothiazide PO .	28	TESTOPEL PLLT _____	8
TARCEVA (Use erlotinib hcl) _____	32	temazepam PO 15 MG, 30 MG _____	68	testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8
TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	52	TEMODAR CAPS PO 250 MG (Use temozolomide) _____	30	testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8
TARGRETIN PO (Use bexarotene) .	35	TEMODAR SOLR _____	30	testosterone enanthate SOLN IM _____	8
TARPEYO CPDR _____	48	temozolomide CAPS PO _____	30	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP _____	95
TASIGNA _____	35	TEMPO WELCOME KIT _____	71	tetrabenazine PO _____	93
TAVNEOS _____	66	temsirolimus _____	35	tetracaine hcl (ophth) _____	87
tazarotene CREA _____	53	TENIVAC INJ _____	95	tetracycline hcl CAPS PO 500 MG	94
tazarotene GEL _____	53	tenofovir disoproxil fumarate TABS PO _____	41	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %	87
TAZORAC CREA (Use tazarotene) .	53	TENORETIC 100 PO (Use atenolol & chlorthalidone) _____	28	TEZSPIRE SOSY _____	10
TAZORAC GEL (Use tazarotene) .	53	TENORETIC 50 PO (Use atenolol & chlorthalidone) _____	28	TGT GLUCOSE PO _____	19
TAZORAC GEL 0.05 % _____	53	TENORMIN TABS PO (Use atenolol) .	43	THALOMID PO _____	79
TAZVERIK _____	35	TEPADINA (Use thiotepa) _____	30	THEO-24 CP24 PO _____	12
TDVAX SUSP _____	95			theophylline ELIX PO _____	12
TECARTUS _____	32			theophylline SOLN PO _____	12
TECENTRIQ _____	32			theophylline TB12 PO _____	12
				theophylline TB24 PO _____	12

THERA TABS PO _____	81	TINACTIN CREA (Use tolnaftate)	52	TOPAMAX TABS PO 100 MG (Use topiramate) _____	14
THEREMS TABS PO _____	81	tioconazole vaginal 6.5 % _____	99	TOPAMAX TABS PO 200 MG (Use topiramate) _____	14
thiamine hcl TABS PO _____	101	tiopronin TABS _____	65	TOPAMAX TABS PO 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14
thiamine mononitrate TABS PO 100 MG _____	101	tiopronin TBEC _____	65	TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	55
THIOLA EC TBEC (Use tiopronin)	65	tiotropium bromide monohydrate CAPS _____	10	TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	54
THIOLA TABS (Use tiopronin) ____	65	TIVDAK _____	32	TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	55
thioridazine hcl PO _____	38	TIVICAY TABS 50 MG _____	41	TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	55
thiotepa _____	30	tizanidine hcl TABS PO _____	83	topiramate CPSP PO 15 MG ____	14
thiothixene PO _____	39	TM-DAILY VITE TABS PO _____	81	topiramate CPSP PO 25 MG ____	14
THRESHOLD IMT MISC _____	76	TOBI NEBU (Use tobramycin) ____	2	topiramate TABS PO 100 MG ____	14
THROMBATE III _____	66	TOBI PODHALER CAPS _____	2	topiramate TABS PO 200 MG ____	14
THYMOGLOBULIN _____	79	TOBRADEX OINT _____	88	topiramate TABS PO 25 MG, 50 MG .	14
THYROGEN 0.9 MG _____	57	TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____	88	TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	36
THYROID TABS PO 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	95	tobramycin (ophth) SOLN _____	87	topotecan hcl SOLN _____	36
tiagabine hcl PO _____	14	tobramycin NEBU _____	2	TOPOTECAN HCL SOLN _____	36
TIAZAC PO 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) ____	44	tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML _____	2	topotecan hcl SOLR _____	36
TIAZAC PO 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) ____	44	tobramycin sulfate SOLR _____	2	TOPOTECAN HCL SOLN _____	36
TIBSOVO _____	35	tobramycin-dexamethasone SUSP	88	topotecan hcl SOLR _____	36
TICOVAC _____	99	TOBEX OINT _____	87	TOPROL XL TB24 PO 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	43
TIGLUTIK SUSP _____	85	tolnaftate CREA _____	52	TOPROL XL TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) _____	43
TIKOSYN PO (Use dofetilide) ____	10	tolterodine tartrate CP24 PO ____	97	tozemifene citrate PO _____	33
timolol maleate (ophth) SOLN ____	86	tolterodine tartrate TABS PO ____	97	TORISEL (Use temsirolimus) ____	35
timolol maleate TABS PO _____	43	tolvaptan TABS _____	63	torsemide TABS PO _____	59
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 15 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TABS (Use bosentan)	
TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 25 MG (Use topiramate) _____	14		

45	AERO _____	84	TRILURON SOSY _____	83	
TRACLEER TBSO _____	45	triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	55	trimethoprim TABS PO _____	28
tramadol hcl TABS PO 50 MG _____	7	triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	55	TRI-MIX SOLR _____	44
tramadol-acetaminophen PO _____	8	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	55	TRINTELLIX PO _____	17
trandolapril PO 1 MG, 2 MG _____	26	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	55	TRIPTODUR _____	61
trandolapril PO 4 MG _____	26	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	55	TRISENOX (Use arsenic trioxide)	35
trandolapril-verapamil hcl PO _____	28	TRIAMINIC COLD/COUGH DAY TIME SYRP PO _____	50	TRIUMEQ TABS _____	41
tranexamic acid TABS PO _____	68	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD PO (Use dextromethorphan hbr) _____	48	TRIVISC SOSY _____	83
TRANXENE-T TABS PO (Use clorazepate dipotassium) _____	10	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS PO 25 MG-37.5 MG _____	59	TRIZIVIR PO _____	41
tranylcypromine sulfate PO _____	16	triamterene & hydrochlorothiazide TABS PO _____	59	TROGARZO _____	41
TRAZIMERA _____	32	triazolam PO _____	68	tropicamide SOLN _____	86
trazodone hcl TABS PO 300 MG _____	17	TRIBENZOR PO (Use olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide) _____	28	tropium chloride TABS PO _____	97
trazodone hcl TABS PO 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17	TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	55	TRUE COMFORT PEN NEEDLES . 72	
TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	31	trientine hcl PO 250 MG _____	78	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES _____	72
TRECTOR PO _____	30	trientine hcl PO 500 MG _____	78	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	59
TREMFYA SOAJ 100 MG/ML _____	53	TRIESENCE _____	88	TRUE MULTIVITAMIN TABS PO _____	81
TREMFYA SOSY 100 MG/ML _____	53	trifluoperazine hcl TABS PO _____	38	TRUELYTE SOLN PO _____	78
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN _____	21	trifluridine _____	87	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW PO . 19	
TRESIBA SOLN _____	21	trihexyphenidyl hcl TABS PO _____	36	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW PO _____	19
tretinoin (chemotherapy) PO _____	35	TRIKAFTA TBPK _____	94	TRULICITY _____	20
tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	51	TRILEPTAL SUSP PO (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUMENBA _____	97
tretinoin GEL 0.01 % _____	51	TRILEPTAL TABS PO (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	89
tretinoin GEL 0.025 % _____	51			TRUVADA PO 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	41
TRETTEN _____	66			TRUXIMA _____	32
TREXALL TABS PO 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	31			TRUZONE PEAK FLOW METER .	76

TUBING/WING TIP MISC _____	76	TYPHIM VI SOSY _____	97	potassium citrate (alkalinizer)) ____	64
TUDORZA PRESSAIR _____	10	TYVASO REFILL KIT SOLN IN __	44	URSO 250 TABS PO (Use ursodiol) ...	63
TUKYSA _____	32	TYVASO SOLN IN _____	44	ursodiol CAPS PO _____	63
TUMS CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	TYVASO STARTER KIT SOLN IN	44	ursodiol TABS PO 250 MG _____	63
TUMS LASTING EFFECTS CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE _____	72	VABYSMO SOLN _____	87
TUMS ULTRA 1000 CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC _____	76	VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	100
TURALIO PO _____	35	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	56	valacyclovir hcl PO 1 GM _____	42
TWINRIX SUSY _____	99	ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	56	valacyclovir hcl PO 500 MG _____	42
TYBLUME CHEW _____	46	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE ..	72	VALCHLOR _____	52
TYBOST _____	41	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE _____	72	VALCYTE TABS PO (Use valganciclovir hcl) _____	41
TYKERB (Use lapatinib ditosylate)	35	UNISOM SLEEPGELS CAPS PO (Use diphenhydramine hcl (sleep))	68	valganciclovir hcl TABS PO _____	41
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPTABS PO (Use doxylamine succinate (sleep))	68	VALIUM TABS PO (Use diazepam)	10
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP PO _____	92	valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15
TYLENOL CHILDRENS SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP PO _____	92	valproic acid CAPS PO _____	15
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS PO (Use acetaminophen) _____	5	UNITUXIN _____	32	valrubicin _____	33
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UP & UP GLUCOSE PO _____	20	valsartan TABS PO _____	26
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP PO (Use acetaminophen) ____	6	UPTRAVI SOLR _____	45	valsartan-hydrochlorothiazide PO	28
TYLENOL TABS PO (Use acetaminophen) _____	6	UPTRAVI TABS _____	45	VALSTAR (Use valrubicin) _____	33
TYMLOS _____	60	UPTRAVI TITRATION TBPK _____	45	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD ____	13
TYPHIM VI SOLN _____	97	urea CREA 40 % _____	55	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK__	13
		urea LOTN 40 % _____	55	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK__	13
		UROCIT-K 10 TBCR PO (Use potassium citrate (alkalinizer))	64	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____	13
		UROCIT-K 5 TBCR PO (Use		VALTrex PO 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	42
				VALTrex PO 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	42
				VALUE PLUS GLUCOSE PO _____	20

VANOCIN CAPS PO 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	35	(Use verapamil hcl) _____	44
VANOCIN CAPS PO 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	29	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	45
vancomycin hcl CAPS PO 125 MG	29	VEMLIDY _____	42
vancomycin hcl CAPS PO 250 MG	29	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____	32
vancomycin hcl SOLR IV 1 GM _____	29	VENCLEXTA TABS _____	32
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM .	29	venlafaxine hcl CP24 PO 150 MG .	18
vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .	29	venlafaxine hcl CP24 PO 37.5 MG	18
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____	29	venlafaxine hcl CP24 PO 75 MG	18
vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .	29	venlafaxine hcl TABS PO _____	18
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____	29	venlafaxine hcl TB24 PO 150 MG .	18
vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .	29	venlafaxine hcl TB24 PO 37.5 MG, 75 MG, 225 MG _____	18
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____	29	VENTAVIS IN _____	45
VANDAZOLE _____	99	VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12
VAQTA _____	99	verapamil hcl CP24 PO 100 MG, 200 MG _____	44
varenicline tartrate TABS PO _____	94	verapamil hcl CP24 PO 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG _____	44
varenicline tartrate TBPK _____	94	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO (Use verapamil hcl) _____	44
VARIVAX SUSR _____	99	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 100 MG, 200 MG _____	44
VASERETIC PO 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	28	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 300 MG, 360 MG _____	44
VASOTEC TABS PO (Use enalapril maleate) _____	26	verapamil hcl TABS PO _____	44
VAXCHORA _____	97	verapamil hcl TBCR PO _____	44
VAXELIS SUSP _____	95	VERELAN CP24 PO (Use verapamil hcl) _____	44
VAXELIS SUSY _____	95	VERELAN PM CP24 PO 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____	44
VAXNEUVANCE _____	97	VERELAN PM CP24 PO 300 MG	
VECAMYL PO _____	28		
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	32		
<u>VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)</u>			
		VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	72
		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE _____	72
		VERSAFREE SYRP PO _____	92
		VERSAPLUS SYRP PO _____	92
		VERZENIO _____	35
		VIBRAMYCIN CAPS PO (Use doxycycline hyclate) _____	95
		VICTOZA (Use liraglutide) _____	20
		VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _____	31
		vigabatrin PACK _____	14
		vigabatrin TABS _____	14
		VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____	87
		VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) .	17
		VIJOICE TBPK _____	79
		vilazodone hcl TABS _____	17
		VILTEPSO _____	85
		VIMIZIM _____	62
		vincristine sulfate _____	36
		VIRACEPT TABS PO 250 MG _____	41
		VIRACEPT TABS PO 625 MG _____	41
		VIREAD POWD _____	41
		VIREAD TABS PO (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____	41
		VIREAD TABS PO 150 MG, 200 MG, 250 MG _____	41
		VISCO-3 SOSY _____	83
		VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	87

VISTARIL CAPS PO (Use hydroxyzine pamoate) _____	9	VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _	35	XALATAN SOLN (Use latanoprost)	89
VISTOGARD _____	22	VOTRIENT _____	35	XALKORI CAPS _____	35
VISUDYNE _____	87	VOXZOGO _____	62	XANAX TABS PO (Use alprazolam) ...	10
VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML . 100		VYNDAMAX _____	45	XELJANZ SOLN _____	3
vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG _____	101	VYONDIS 53 _____	85	XELJANZ TABS _____	3
vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT _____	101	VYTORIN PO (Use ezetimibe-simvastatin) _____	24	XELJANZ XR TB24 PO _____	2
VITAMIN E CAPS PO _____	101	VYVANSE CAPS PO _____	1	XELODA PO (Use capecitabine) _	31
VITAMIN E CHEW PO _____	101	VYVGART _____	79	XEMBIFY _____	90
VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN PO _____	82	VYXEOS _____	34	XENAZINE PO (Use tetrabenazine)	93
vitamins w/ lipotropics CAPS PO _	83	WAKIX _____	1	XENLETA TABS _____	29
VITRAKVI CAPS PO _____	35	WALGREENS GLUCOSE CHEW PO	20	XERMELO _____	64
VITRAKVI SOLN _____	35	WALGREENS GLUCOSE PO ____	20	XGEVA SOLN _____	60
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP _____	59	warfarin sodium TABS PO _____	12	XIAFLEX _____	78
VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) 63		WELIREG _____	33	XIGDUO XR PO (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl) _____	18
VIVIMUSTA SOLN _____	31	WELLBUTRIN SR TB12 PO 100 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XIPERE _____	88
VIVITROL _____	22	WELLBUTRIN SR TB12 PO 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOAJ _____	10
VIVOTIF PO _____	97	WELLBUTRIN SR TB12 PO 200 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOLR _____	10
VIZIMPRO _____	32	WELLBUTRIN XL TB24 PO 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOSY _____	10
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) . 52		WELLBUTRIN XL TB24 PO 300 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____	12
VONJO _____	35	white petrolatum-mineral oil _____	86	XOSPATA _____	35
VONVENDI _____	66	WILATE KIT _____	66	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) PO 50 MG _____	33
VOQUEZNA _____	96	WINDMILL TRAINER MISC _____	76	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG _____	33
VORAXAZE _____	36	WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML _	90	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) PO 40 MG _____	33
				XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) PO 60 MG _____	33

XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) PO _____	33	zaleplon PO 10 MG _____	68	sulfate) _____	41
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG _____	33	zaleplon PO 5 MG _____	68	ZIAGEN TABS PO (Use abacavir sulfate) _____	41
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) PO _____	33	ZALTRAP _____	31	zidovudine CAPS PO _____	41
XTANDI CAPS _____	33	ZANAFLEX TABS PO 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	83	zidovudine SYRP PO _____	41
XTANDI TABS _____	33	ZARONTIN CAPS PO (Use ethosuximide) _____	15	zidovudine TABS PO _____	41
XURIDEN _____	62	ZARONTIN SOLN PO (Use ethosuximide) _____	15	ZILRETTA SRER _____	48
XYNTHA _____	66	ZARXIO _____	67	zinc oxide (topical) OINT 20 % _____	56
XYNTHA SOLOFUSE _____	66	ZAVESCA (Use miglustat) _____	66	zinc sulfate CAPS PO _____	78
XYREM SOLN PO _____	92	ZEJULA CAPS PO _____	35	ZINPLAVA _____	90
XYWAV _____	92	ZELBORAF PO _____	35	ziprasidone hcl PO _____	37
XYZAL ALLERGY 24HR TABS PO (Use levocetirizine dihydrochloride) 24		ZEMAIRA SOLR 1000 MG _____	94	ZIRABEV _____	31
YASMIN 28 PO (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	46	ZEMAIRA SOLR 4000 MG _____	94	ZITHROMAX PACK PO _____	70
YAZ PO (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	46	ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 62		ZITHROMAX SUSR PO 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	70
YERVOY _____	32	ZEPZELCA _____	31	ZITHROMAX SUSR PO 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	70
YF-VAX INJ _____	99	ZESTORETIC PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	28	ZITHROMAX TABS PO 250 MG (Use azithromycin) _____	70
YONDELIS _____	31	ZESTORETIC PO 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) . 28		ZITHROMAX TABS PO 500 MG (Use azithromycin) _____	70
YONSA _____	33	ZESTRIL TABS PO 2.5 MG (Use lisinopril) _____	26	ZITHROMAX TRI-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	70
YUFLYMA (1 PEN) AJKT _____	3	ZESTRIL TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 26		ZITHROMAX Z-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	70
YUFLYMA (2 PEN) AJKT _____	3	ZETIA PO (Use ezetimibe) _____	25	ZITUVIMET TABS _____	18
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT _____	3	ZEVALIN Y-90 _____	32	ZITUVIO _____	20
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT _____	3	ZIAC PO (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide) _____	28	ZOCOR TABS PO 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	25
YUSIMRY _____	3	ZIAGEN SOLN PO (Use abacavir		ZOKINVY _____	79
YUTIQ _____	88			ZOLADEX _____	33
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	89			zoledronic acid CONC _____	60
				zoledronic acid SOLN _____	60

ZOLEDRONIC ACID SOLN _____	60	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	85	ZUBSOLV SUBL _____	8
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG ____	85	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	85	ZULRESSO _____	16
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG ____	85	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	85	ZYDELIG _____	35
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG ____	85	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	85	ZYKADIA TABS _____	35
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG ____	85	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	85	ZYLOPRIM PO (Use allopurinol) _	65
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG ____	85	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	85	ZYNLONTA _____	32
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG ____	85	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	85	ZYPREXA RELPREVV _____	38
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	85	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG _____	85	ZYPREXA TABS PO 15 MG, 20 MG (Use olanzapine) _____	38
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	85	ZOLINZA _____	35	ZYPREXA TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine) _____	38
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	85	zolmitriptan SOLN 5 MG _____	77	ZYPREXA TABS PO 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine) _____	38
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	85	zolmitriptan TABS PO _____	77		
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	85	zolmitriptan TBDP PO _____	77		
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	85	ZOLOFT CONC PO (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC ALLERGY TABS PO (Use cetirizine hcl) _____	24
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	85	ZOLOFT TABS PO 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl) _____	24
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG ____	85	ZOLOFT TABS PO 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	24
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG ____	85	zolpidem tartrate TABS PO _____	68	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (Use cetirizine hcl) ____	24
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG ____	85	ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan) _____	77	ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION PO (Use cetirizine- pseudoephedrine) _____	50
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG ____	85	ZOMIG TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan) _____	77	ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS PO (Use cetirizine-pseudoephedrine) .	50
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG ____	85	ZONEGRAN CAPS PO 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	14	ZYTIGA (Use abiraterone acetate)	33
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG ____	85	zonisamide CAPS PO _____	14		
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG ____	85	ZORBTIVE SC _____	61		
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG ____	85	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	53		
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG _____	85	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	53		
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG ____	85	ZOVIRAX SUSP PO (Use acyclovir) .	42		
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	85				
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	85				
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	85				
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	85				
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	85				
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	85				