

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

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

Programa de farmacia

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

Usted puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es [1-800-704-1484](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 los afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

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

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) 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.

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. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

Terapia escalonada

Algunos medicamentos incluidos en la PDL pueden requerir primero el uso de otro medicamento. Esto se llama terapia escalonada. Si ya adquirió el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

Límites de cantidad

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

Límites de edad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

Exclusiones

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

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

Productos aprobados recientemente

Peach State Health Plan revisa los medicamentos nuevos antes de agregarlos a la PDL. Estos medicamentos necesitarán una revisión de PA hasta que se agreguen a la PDL. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Medicamentos de venta libre

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

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

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

Medicamentos genéricos

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

Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos

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

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

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

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

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

Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	<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</p> <p>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
<i>AEPB</i>	Aerosol en polvo activado por el aliento
<i>AERB</i>	Aerosol, activado por el aliento
<i>AERO</i>	Aerosol
<i>AJKT</i>	Kit de autoinyector
<i>AUIJ</i>	Autoinyector
<i>CAPS</i>	Cápsula
<i>CHEW</i>	Comprimido masticable
<i>CONC</i>	Concentrado
<i>CP12</i>	Cápsula de liberación prolongada de 12 horas
<i>CP24</i>	Cápsula de liberación prolongada de 24 horas
<i>CPCR</i>	Cápsula de liberación prolongada
<i>CPDR</i>	Cápsula de liberación retardada
<i>CPEP</i>	Cápsula con recubrimiento entérico
<i>CPSP</i>	Cápsula dispersable
<i>CREA</i>	Crema
<i>CSDR</i>	Cápsula dispersable de liberación retardada
<i>DEVI</i>	Dispositivo
<i>ELIX</i>	Elixir
<i>EMUL</i>	Emulsión
<i>ENEM</i>	Enema
<i>EX</i>	Externo
<i>GRAN</i>	Gránulos
<i>IJ</i>	Inyección
<i>IMPL</i>	Implante
<i>INHA</i>	Inhalador
<i>INJ</i>	Inyectable
<i>IUD</i>	Dispositivo intrauterino
<i>IV</i>	Intravenoso
<i>LIQD</i>	Líquido
<i>LOTN</i>	Loción
<i>LOZG</i>	Pastilla
<i>LPOP</i>	Comprimido soluble
<i>MISC</i>	Misceláneos
<i>NA</i>	Nasal

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>NEBU</i>	Solución de nebulización
<i>OINT</i>	Ungüento
<i>OP</i>	Oftálmico
<i>OPHT</i>	Oftálmico
<i>OR</i>	Oral
<i>PACK</i>	Paquete
<i>PEN</i>	Pluma para inyección
<i>PNKT</i>	Estuche de pluma para inyección
<i>POT</i>	Potasio
<i>POWD</i>	Polvo
<i>PRSY</i>	Jeringa precargada
<i>PSKT</i>	Estuche de jeringa precargada
<i>PSTE</i>	Pasta
<i>PT24</i>	Parche de 24 Horas
<i>PT72</i>	Parche de 72 Horas
<i>PTCH</i>	Parche
<i>PTTW</i>	Parche dos veces por semana
<i>PTWK</i>	Parche semanal
<i>RE</i>	Rectal
<i>S.O.P.</i>	Preparación oftálmica estéril
<i>SHAM</i>	Champú
<i>SOAJ</i>	Autoinyector con solución
<i>SOCT</i>	Cartucho con solución
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida

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

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>TBEC</i>	Tableta con recubrimiento entérico
<i>TBEF</i>	Tableta efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de comprimidos terapéuticos
<i>TBSO</i>	Comprimido soluble
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación		
Anfetaminas		
ADDERALL XR CP24 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 10 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 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 5 MG/5ML (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 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 10 MG/5ML	P	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 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> TABS PO 5 MG	P	QL(6 cada día); 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> 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 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)
RELEXXII TBCR PO 36 MG	P	QL(2 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)
RITALIN TABS PO 10 MG, 20 MG (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
RITALIN TABS PO 5 MG (<i>Use methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 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	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
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 200 MG	P	OTC
<i>ibuprofen</i> TABS PO 400 MG, 600 MG, 800 MG	P	
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
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP PO (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL TABS PO (Use acetaminophen)	NP	OTC
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos		
PRIALT	P	SP; PA
Salicilatos		
aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide) PO	P	OTC
aspirin CHEW PO	P	OTC
ASPIRIN SUPP PR 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
aspirin TABS PO 325 MG	P	OTC
aspirin TBEC PO 81 MG, 325 MG	P	OTC
BUFFERIN PO (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))	NP	OTC
diflunisal TABS PO	P	
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC PO (Use aspirin)	NP	OTC
ECOTRIN TBEC PO (Use aspirin)	NP	OTC
salsalate PO	P	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DILAUDID TABS PO 8 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
DILAUDID TABS PO 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR	P	QL(0.34 cada día)
HYDROMORPHONE HCL SUPP PR	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
hydromorphone hcl TABS PO 8 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
hydromorphone hcl TABS PO 2 MG, 4 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
meperidine hcl TABS PO 50 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
methadone hcl TABS PO 10 MG	P	QL(10 cada día); PA
methadone hcl TABS PO 5 MG	P	QL(6 cada día); PA
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ML al día)
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ML por surtido al por menor)
morphine sulfate SUPP PR	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)
morphine sulfate TABS PO	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
morphine sulfate TBCR PO	P	QL(3 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
MS CONTIN TBCR PO (Use morphine sulfate)	NP	QL(3 cada día)	<i>acetaminophen w/ codeine TABS PO 15 MG- 300 MG, 30 MG-300 MG</i>	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)	<i>butalbital-acetaminophen- caffeine w/ codeine PO 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>oxycodone hcl CAPS PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>oxycodone hcl CONC PO 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ML por surtido al por menor)	<i>hydrocodone- acetaminophen SOLN PO 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML- 7.5 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(180 ML al día)
<i>oxycodone hcl SOLN PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)	<i>hydrocodone- acetaminophen SOLN PO 325 MG/15ML-10 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides
<i>oxycodone hcl T12A PO 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA	<i>hydrocodone- acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG- 5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl TABS PO 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	<i>oxycodone w/ acetaminophen SOLN PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
<i>oxycodone hcl TABS PO 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>oxycodone w/ acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG- 5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
OXYCONTIN T12A PO	P	QL(2 cada día); PA	PERCOCET TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use <i>oxycodone w/ acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ROXICODONE TABS PO 15 MG (Use <i>oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>tramadol-acetaminophen PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ROXICODONE TABS PO 30 MG (Use <i>oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	Combinaciones de opioides		
<i>tramadol hcl TABS PO 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)	<i>acetaminophen w/ codeine SOLN PO</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día); AL(AI menos 12 años)
			<i>acetaminophen w/ codeine TABS PO 60 MG- 300 MG</i>	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
Agonistas parcialmente opioides					

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
BELBUCA FILM	P	PA
BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl)	NP	PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG	P	QL(2 cada día); PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG	P	QL(3 cada día)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL	P	QL(3 cada día)
buprenorphine hcl SOLN	P	PA
buprenorphine hcl SUBL	P	PA
SUBLOCADE SOSY	P	2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate)	NP	QL(3 cada día)
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate)	NP	QL(2 cada día); PA
ZUBSOLV SUBL	P	PA

ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas

Andrógenos

AVEED SOLN	P	SP; PA
methyltestosterone TABS	P	
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML	P	QL(0.2858 ML al día)
testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)
testosterone enanthate SOLN IM	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)

PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Esteroides intrarrectales		
CORTENEMA PR (Use hydrocortisone (intrarectal))	NP	
hydrocortisone (intrarectal) PR	P	
Combinaciones rectales		
ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ML cada 30 días de venta al por menor)
phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter PR	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum PR	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides rectales		
ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal))	NP	
hydrocortisone (rectal) EX 1 %	NP	RX/OTC
hydrocortisone (rectal) EX 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %	P	
ANTIÁCIDOS		
Combinaciones de antiácidos		
alum & mag hydrox-simethicone LIQD PO	P	QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)
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	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		

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>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
ANTELMIÉNTICOS - 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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>bupirone hcl PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 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)
ATIVAN TABS PO (Use <i>lorazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>chlordiazepoxide hcl CAPS PO</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam SOLN PO 5 MG/5ML</i>	P	AL (6 meses a 12 años)
<i>diazepam TABS PO</i>	P	QL(4 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
<i>lorazepam TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam CAPS PO</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRANXENE-T TABS PO (Use <i>clorazepate dipotassium</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS PO (Use <i>diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS PO (Use <i>alprazolam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)

ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales

Antiarrítmicos Tipo I-A

<i>disopyramide phosphate CAPS PO</i>	P	
NORPACE CR CP12 PO 150 MG	P	
NORPACE CAPS PO (Use <i>disopyramide phosphate</i>)	P	
<i>quinidine gluconate TBCR PO</i>	P	
<i>quinidine sulfate TABS PO</i>	P	

Antiarrítmicos Tipo I-B

<i>mexiletine hcl PO</i>	P	
--------------------------	---	--

Antiarrítmicos Tipo I-C

<i>flecainide acetate PO</i>	P	
<i>propafenone hcl TABS PO</i>	P	

Antiarrítmicos Tipo III

<i>amiodarone hcl TABS PO</i> 200 MG	P	
<i>dofetilide PO</i>	P	
TIKOSYN PO (Use <i>dofetilide</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- 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		
<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ML al día)
Broncodilatadores - anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	P	QL(25.8 GM por surtido al por menor)
INCRUSE ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
<i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>	P	QL(375 ML cada 20 días de venta al por menor)
SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use <i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	NP	
<i>tiotropium bromide monohydrate CAPS</i>	P	
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 cada 30 días de venta al por menor)
Moduladores de los leucotrienos		
<i>montelukast sodium CHEW PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium PACK PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium TABS PO</i>	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)		

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
DALIRESP PO (Use roflumilast)	NP	QL(1 cada día)
roflumilast 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)
budesonide (inhalation) SUSP	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	NP	
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa)	NP	
fluticasone propionate (inhalation) AEPB	P	
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT	P	QL(10.6 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	P	QL(12 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation))	NP	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM al día)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM al día)
Simpaticomiméticos		
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	P	QL(6.7 GM por surtido al por menor; 13.4 GM cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
albuterol sulfate AERS	P	QL(18 GM por surtido al por menor; 36 GM cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	NP	
albuterol sulfate AERS	P	QL(8.5 GM por surtido al por menor; 17 GM cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	NP	
albuterol sulfate NEBU 0.083 %	P	QL(12.5 ML al día)
albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML	P	QL(375 ML cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate NEBU	P	
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
albuterol sulfate SYRP PO	P	
albuterol sulfate TABS PO	P	
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT	P	QL(10.2 GM por surtido al por menor)
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT	P	QL(11 GM por surtido al por menor)
budesonide-formoterol fumarate dihydrate	P	QL(0.367 GM al día)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
fluticasone-salmeterol 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)
ipratropium-albuterol SOLN	P	QL(12 ML al día)
levalbuterol tartrate	P	QL(0.5 GM al día)
PROAIR HFA AERS (Use albuterol sulfate)	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
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 albuterol sulfate)	NP	
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 por surtido al por menor)
SYMBICORT (Use budesonide-formoterol fumarate dihydrate)	NP	
terbutaline sulfate TABS PO	P	
VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate)	NP	
XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate)	NP	QL(0.5 GM al día)
Xantinas		
THEO-24 CP24 PO	P	
theophylline ELIX PO	P	
theophylline SOLN PO	P	QL(475 ML por surtido al por menor)
theophylline TB12 PO	P	
theophylline TB24 PO	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
warfarin sodium TABS PO	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
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 fondaparinux sodium)	NP	SP; PA
enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML	P	SP
enoxaparin sodium SOSY	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium)	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium)	NP	SP; PA
Inhibidores de la trombina		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS PO</i>	P	
PRADAXA CAPS PO (Use dabigatran etexilate mesylate)	NP	
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones		
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas		
<i>clonazepam TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL PR 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL PR 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT PEDIATRIC GEL PR (Use diazepam (anticonvulsant))	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL PR 10 MG</i>	NP	
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL PR</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
KLONOPIN TABS PO (Use clonazepam)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	<i>gabapentin TABS PO 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA XR TB24 PO (Use levetiracetam)	NP	Use levetiracetam IR; ST
VALTOCO 10 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)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS PO 1000 MG (Use levetiracetam)	NP	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS PO 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(4 cada día)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS PO 500 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(6 cada día)
Anticonvulsivantes - Varios			LAMICTAL XR TB24 PO (Use lamotrigine)	NP	Use lamotrigine IR; ST
BANZEL SUSP (Use rufinamide)	NP	SP; PA	LAMICTAL CHEW PO (Use lamotrigine)	NP	
BANZEL TABS PO (Use rufinamide)	NP	SP; PA	LAMICTAL TABS PO (Use lamotrigine)	NP	
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA	<i>lamotrigine CHEW PO</i>	P	
<i>carbamazepine CHEW PO 100 MG</i>	P		<i>lamotrigine TABS PO</i>	P	
<i>carbamazepine SUSP PO</i>	P		<i>lamotrigine TB24 PO</i>	P	Use lamotrigine IR; ST
<i>carbamazepine TABS PO</i>	P		<i>levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ML al día)
<i>carbamazepine TB12 PO</i>	P		<i>levetiracetam TABS PO 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	<i>levetiracetam TABS PO 1000 MG</i>	P	
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	<i>levetiracetam TABS PO 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	<i>levetiracetam TB24 PO</i>	P	Use levetiracetam IR; ST
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	MYSOLINE PO (Use primidone)	NP	
EPIDIOLEX	P	SP; PA	NEURONTIN CAPS PO (Use gabapentin)	NP	QL(9 cada día)
FINTEPLA	P	SP; PA	NEURONTIN SOLN PO (Use gabapentin)	NP	
<i>gabapentin CAPS PO</i>	P	QL(9 cada día)	NEURONTIN TABS PO 800 MG (Use gabapentin)	NP	QL(4 cada día)
<i>gabapentin SOLN PO</i>	P				
<i>gabapentin TABS PO 600 MG</i>	P	QL(6 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
NEURONTIN TABS PO 600 MG (Use gabapentin)	NP	QL(6 cada día)	ZONEGRAN CAPS PO 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)	NP	
oxcarbazepine SUSP PO	P		zonisamide CAPS PO	P	
oxcarbazepine TABS PO	P		Carbamatos		
primidone PO	P		felbamate SUSP	P	
rufinamide SUSP	P	SP; PA	felbamate TABS PO	P	
rufinamide TABS PO	P	SP; PA	FELBATOL SUSP (Use felbamate)	NP	
TEGRETOL SUSP PO (Use carbamazepine)	NP		FELBATOL TABS PO (Use felbamate)	NP	
TEGRETOL TABS PO (Use carbamazepine)	NP		Moduladores GABA		
TEGRETOL-XR TB12 PO (Use carbamazepine)	NP		GABITRIL PO (Use tiagabine hcl)	NP	
TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 25 MG (Use topiramate)	NP	QL(8 cada día)	SABRIL PACK (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 15 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)	SABRIL TABS (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
TOPAMAX TABS PO 100 MG (Use topiramate)	NP	QL(4 cada día)	tiagabine hcl PO	P	
TOPAMAX TABS PO 200 MG (Use topiramate)	NP	QL(3 cada día)	vigabatrin PACK	P	SP; PA
TOPAMAX TABS PO 25 MG, 50 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)	vigabatrin TABS	P	SP; PA
topiramate CPSP PO 25 MG	P	QL(8 cada día)	Hidantoínas		
topiramate CPSP PO 15 MG	P	QL(6 cada día)	DILANTIN PO	P	
topiramate TABS PO 100 MG	P	QL(4 cada día)	DILANTIN PO (Use phenytoin sodium extended)	P	
topiramate TABS PO 200 MG	P	QL(3 cada día)	DILANTIN INFATABS CHEW PO (Use phenytoin)	P	
topiramate TABS PO 25 MG, 50 MG	P	QL(6 cada día)	DILANTIN-125 SUSP PO (Use phenytoin)	P	
TRILEPTAL SUSP PO (Use oxcarbazepine)	NP		DILANTIN SUSP PO (Use phenytoin)	P	
TRILEPTAL TABS PO (Use oxcarbazepine)	NP		phenytoin sodium extended PO 100 MG	P	
			phenytoin sodium SOLN	P	
			phenytoin CHEW PO	P	
			phenytoin SUSP PO	P	
			Succinimidas		

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>ethosuximide CAPS PO</i>	P	
<i>ethosuximide SOLN PO</i>	P	
ZARONTIN CAPS PO (Use <i>ethosuximide</i>)	NP	
ZARONTIN SOLN PO (Use <i>ethosuximide</i>)	NP	
Ácido valproico		
DEPAKOTE ER TB24 PO 250 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 PO 500 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR PO (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(8 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 500 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(7 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 250 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC PO 125 MG (Use <i>divalproex sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>divalproex sodium CSDR PO</i>	P	QL(8 cada día)
<i>divalproex sodium TB24 PO 500 MG</i>	P	QL(7 cada día)
<i>divalproex sodium TB24 PO 250 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>divalproex sodium TBEC PO 250 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>divalproex sodium TBEC PO 500 MG</i>	P	QL(7 cada día)
<i>divalproex sodium TBEC PO 125 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML</i>	P	
<i>valproic acid CAPS PO</i>	P	
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
<i>mirtazapine TABS PO 7.5 MG, 45 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>mirtazapine TABS PO 15 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>mirtazapine TABS PO 30 MG</i>	P	QL(1.5 cada día)
<i>mirtazapine TBDP PO 15 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>mirtazapine TBDP PO 45 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>mirtazapine TBDP PO 30 MG</i>	P	QL(1.5 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP PO 45 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP PO 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP PO 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
REMERON TABS PO 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
REMERON TABS PO 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
Antidepresivos - Varios		
<i>bupropion hcl TABS PO</i>	P	QL(3 cada día)
<i>bupropion hcl TB12 PO 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>bupropion hcl TB12 PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>bupropion hcl TB12 PO 150 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 PO 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 PO 150 MG</i>	P	QL(3 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 PO 100 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	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
WELLBUTRIN SR TB12 PO 200 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>citalopram hydrobromide</i> TABS PO 40 MG	P	QL(1 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 PO 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>citalopram hydrobromide</i> TABS PO 10 MG	P	QL(4 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 PO 300 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>citalopram hydrobromide</i> TABS PO 20 MG	P	QL(2 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 PO 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>escitalopram oxalate</i> TABS PO 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo			<i>escitalopram oxalate</i> TABS PO 20 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
ZULRESSO	P	SP; PA	<i>escitalopram oxalate</i> TABS PO 5 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)			<i>fluoxetine hcl CAPS PO</i> 10 MG, 20 MG	P	QL(4 cada día)
NARDIL PO (Use <i>phenelzine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl CAPS PO</i> 40 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
PARNATE PO (Use <i>tranylcypromine 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)
<i>phenelzine sulfate PO</i>	P		<i>fluoxetine hcl TABS PO</i> 10 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>tranylcypromine sulfate</i> PO	P		<i>fluoxetine hcl TABS PO</i> 20 MG	P	QL(4 cada día)
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)			<i>fluvoxamine maleate</i> TABS PO 25 MG, 50 MG	P	QL(2 cada día)
SPRAVATO (56 MG DOSE)	P	SP; PA	<i>fluvoxamine maleate</i> TABS PO 100 MG	P	QL(3 cada día)
SPRAVATO (84 MG DOSE)	P	SP; PA	LEXAPRO TABS PO 20 MG (Use <i>escitalopram</i> <i>oxalate</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)			LEXAPRO TABS PO 10 MG (Use <i>escitalopram</i> <i>oxalate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
CELEXA TABS PO 20 MG (Use <i>citalopram</i> <i>hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)	LEXAPRO TABS PO 5 MG (Use <i>escitalopram</i> <i>oxalate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
CELEXA TABS PO 40 MG (Use <i>citalopram</i> <i>hydrobromide</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>paroxetine hcl SUSP PO</i>	P	QL(40 ML al día); PA
CELEXA TABS PO 10 MG (Use <i>citalopram</i> <i>hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>paroxetine hcl TABS PO</i> 20 MG	P	QL(3 cada día)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>paroxetine hcl TABS PO 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)	VIIBRYD TABS (<i>Use vilazodone hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
<i>paroxetine hcl TABS PO 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>vilazodone hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>paroxetine hcl TB24 PO</i>	P		Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)		
<i>PAXIL CR TB24 PO (Use paroxetine hcl)</i>	NP		<i>CYMBALTA CPEP PO (Use duloxetine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>PAXIL SUSP PO (Use paroxetine hcl)</i>	NP	QL(40 ML al día); PA	<i>desvenlafaxine succinate PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día); ST
<i>PAXIL TABS PO 20 MG (Use paroxetine hcl)</i>	NP	QL(3 cada día)	<i>desvenlafaxine succinate PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
<i>PAXIL TABS PO 10 MG (Use paroxetine hcl)</i>	NP	QL(6 cada día)	<i>duloxetine hcl CPEP PO 20 MG, 30 MG, 60 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>PAXIL TABS PO 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>EFFEXOR XR CP24 PO 150 MG (Use venlafaxine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>PROZAC CAPS PO 40 MG (Use fluoxetine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	<i>EFFEXOR XR CP24 PO 75 MG (Use venlafaxine hcl)</i>	NP	QL(5 cada día)
<i>PROZAC CAPS PO 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>EFFEXOR XR CP24 PO 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>sertraline hcl CONC PO</i>	P	QL(6 ML al día)	<i>PRISTIQ PO 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)</i>	NP	QL(1 cada día); ST
<i>sertraline hcl TABS PO 100 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>PRISTIQ PO 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)</i>	NP	QL(4 cada día); ST
<i>sertraline hcl TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>venlafaxine hcl CP24 PO 37.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>ZOLOFT CONC PO (Use sertraline hcl)</i>	NP	QL(6 ML al día)	<i>venlafaxine hcl CP24 PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>ZOLOFT TABS PO 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>venlafaxine hcl CP24 PO 75 MG</i>	P	QL(5 cada día)
<i>ZOLOFT TABS PO 100 MG (Use sertraline hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>venlafaxine hcl TABS PO</i>	P	
Moduladores de la serotonina			<i>venlafaxine hcl TB24 PO 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nefazodone hcl PO</i>	P		<i>venlafaxine hcl TB24 PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trazodone hcl TABS PO 300 MG</i>	P	QL(2 cada día)	Medicamentos tricíclicos		
<i>trazodone hcl TABS PO 50 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P				
<i>TRINTELLIX PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); 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
<i>amitriptyline hcl TABS PO</i>	P		<i>glipizide-metformin hcl PO</i>	P	
<i>amoxapine PO</i>	P		<i>glyburide-metformin PO</i>		
ANAFRANIL PO 75 MG (Use <i>clomipramine hcl</i>)	NP		KAZANO (Use <i>alogliptin-metformin hcl</i>)	NP	
<i>clomipramine hcl PO 75 MG</i>	P		KOMBIGLYZE XR PO (Use <i>saxagliptin-metformin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>desipramine hcl TABS PO 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P		OSENI	NP	
<i>desipramine hcl TABS PO 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	OSENI (Use <i>alogliptin-pioglitazone</i>)	NP	
<i>doxepin hcl CAPS PO</i>	P		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>doxepin hcl CONC PO</i>	P		<i>saxagliptin-metformin hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>imipramine hcl TABS PO</i>	P		SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS	P	QL(2 cada día)
NORPRAMIN TABS PO 25 MG (Use <i>desipramine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	SOLQUA	P	QL(0.6 ML al día); PA
NORPRAMIN TABS PO 10 MG (Use <i>desipramine hcl</i>)	NP		XIGDUO XR PO (Use <i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl</i>)	NP	
<i>nortriptyline hcl CAPS PO</i>	P		ZITUVIMET TABS	NP	
<i>nortriptyline hcl SOLN PO</i>	P	QL(20 ML al día)	Biguanidas		
PAMELOR CAPS PO (Use <i>nortriptyline hcl</i>)	NP		<i>metformin hcl TABS PO 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre			<i>metformin hcl TABS PO 850 MG, 1000 MG</i>	P	
Combinaciones de antidiabéticos			<i>metformin hcl TB24 PO 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
ACTOPLUS MET TABS PO (Use <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>metformin hcl TB24 PO 750 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 cada día)	Otros antidiabéticos		
<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		BD GLUCOSE CHEW PO	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)	CVS GLUCOSE PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)	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)

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
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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
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	
<i>NESINA (Use alogliptin benzoate)</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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ONGLYZA PO (<i>Use saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 100 UNIT/ML	P	QL(1.5 ML al día)
<i>saxagliptin hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)	INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML	P	QL(0.9 ML al día)
SITAGLIPTIN	P	QL(1 cada día)	INSULIN DEGLUDEC SOLN	P	QL(1.5 ML al día)
ZITUVIO	NP		INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN	P	QL(1 ML al día)
Medicamentos miméticos de incretina			INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	P	QL(1 ML al día)
<i>liraglutide</i>	P	QL(0.3 ML al día)	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN	P	QL(1.34 ML al día)
TRULICITY	P	QL(2 ML cada 28 días de venta al por menor); PA	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P	
VICTOZA (<i>Use liraglutide</i>)	NP		INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN	P	QL(1 ML al día)
Insulina			INSULIN LISPRO SOLN IJ	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP	
ADMELOG SOLN IJ	NP		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP		NOVOLIN 70/30 RELION SUSP	NP	
HUMALOG SOLN IJ	NP		NOVOLIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN	NP	
HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)	NOVOLIN N RELION SUSP	NP	
HUMULIN N SUSP	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	NOVOLIN N SUSP	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	NOVOLIN R RELION SOLN IJ	NP	
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUPN	P	QL(1 ML al día)	NOVOLIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN	P	QL(1.34 ML al día)	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP	
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)			

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
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)		
dapagliflozin propanediol PO	P	QL(1 cada día)
FARXIGA PO (Use dapagliflozin propanediol)	NP	
Sulfonilureas		
AMARYL PO 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)	NP	QL(4 cada día)
AMARYL PO 4 MG (Use glimepiride)	NP	QL(2 cada día)
glimepiride PO 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
glimepiride PO 4 MG	P	QL(2 cada día)
glipizide TABS PO	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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		
ANTI-DIARRHEAL LIQD PO	P	OTC; QL(40 ML al día)
diphenoxylate w/ atropine LIQD PO	P	
diphenoxylate w/ atropine TABS PO	P	
IMODIUM A-D CAPS PO (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS PO (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día)
LOMOTIL TABS PO (Use diphenoxylate w/ atropine)	NP	
loperamide hcl CAPS PO	P	OTC; QL(8 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
<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 (<i>Use deferasirox</i>)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (<i>Use deferiprone</i>)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (<i>Use deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS PO (<i>Use 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 (<i>Use deferoxamine mesylate</i>)	NP	SP; PA
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NARCAN LIQD (<i>Use 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 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>ondansetron hcl TABS PO 24 MG</i>	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<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 (<i>Use 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 (<i>Use dimenhydrinate</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
<i>meclizine hcl CHEW PO</i>	P	OTC; RX/OTC
<i>meclizine hcl TABS PO 12.5 MG, 25 MG</i>	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)

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>terbinafine hcl TABS PO</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<i>DIFLUCAN SUSR PO (Use fluconazole)</i>	NP	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 50 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	
<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 (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
ANTIHIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP PO</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS PO</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
<i>CHLOR-TRIMETON SYRP PO (Use chlorpheniramine maleate)</i>	NP	OTC
<i>CHLOR-TRIMETON TABS PO (Use chlorpheniramine maleate)</i>	NP	OTC; QL(120 Por surtido al por menor)
Antihistamínicos - etanolaminas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD PO (Use 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 (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY CAPS PO (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY TABS PO (Use 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		
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS PO 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS PO 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>cetirizine hcl CHEW PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl SOLN PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl SYRP PO</i>	P	QL(240 ML por surtido 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
<i>cetirizine hcl TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CLARITIN REDITABS TBDP PO 5 MG (Use loratadine)	NF	
CLARITIN REDITABS TBDP PO 10 MG (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CLARITIN SOLN PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
CLARITIN TABS PO (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
<i>fexofenadine hcl TABS PO 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fexofenadine hcl TABS PO 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS PO</i>	P	RX/OTC
<i>loratadine SOLN PO</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>loratadine TABS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>loratadine TBDP PO 10 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
XYZAL ALLERGY 24HR TABS PO (Use levocetirizine dihydrochloride)	NP	RX/OTC
ZYRTEC ALLERGY TABS PO (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (Use cetirizine hcl)	NP	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC
ZYRTEC CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antihistamínicos - fenotiazinas		
<i>promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML</i>	P	AL(AI menos 2 años)
<i>promethazine hcl SUPP PR</i>	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>promethazine hcl TABS PO</i>	P	AL(AI menos 2 años)
Antihistamínicos - piperidinas		
<i>cyproheptadine hcl SYRP PO</i>	P	
<i>cyproheptadine hcl TABS PO</i>	P	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
EVKEEZA	P	SP; PA
Antihiperlipidémicos - combinaciones		
<i>ezetimibe-simvastatin PO</i>	P	QL(1 cada día); ST
VYTORIN PO (Use ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 cada día); ST
Secuestrantes de ácidos biliares		
<i>cholestyramine light PACK PO</i>	P	
<i>cholestyramine light POWD PO</i>	P	
<i>cholestyramine PACK PO</i>	P	
<i>cholestyramine POWD PO</i>	P	
COLESTID FLAVORED GRAN PO (Use colestipol hcl)	NP	
COLESTID GRAN PO (Use colestipol hcl)	NP	
COLESTID TABS PO (Use colestipol hcl)	NP	
<i>colestipol hcl GRAN PO</i>	P	
<i>colestipol hcl TABS PO</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
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</i> PO 134 MG, 200 MG	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate micronized</i> PO 67 MG	P	QL(2 cada día)
<i>fenofibrate</i> TABS PO 160 MG	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate</i> TABS PO 54 MG	P	QL(3 cada día)
FENOGLIDE TABS PO (<i>Use fenofibrate</i>)	NF	
<i>gemfibrozil</i> TABS PO	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</i> TABS PO	P	QL(1 cada día)
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</i> TABS PO 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)
<i>lovastatin</i> TABS PO 40 MG	P	QL(2 cada día)
<i>pravastatin sodium</i> PO	P	QL(1 cada día)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS PO	P	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>simvastatin</i> TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG	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</i> PO	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)</i> TABS PO	P	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR PO	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
REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA
REPATHA SOSY	P	SP; PA
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Inhibidores de la ECA		
ACCUPRIL PO (<i>Use quinapril hcl</i>)	NP	
ALTACE CAPS PO 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (<i>Use ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl</i> PO 40 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
<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)
<i>LOTENSIN PO 40 MG (Use benazepril hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>LOTENSIN PO 10 MG, 20 MG (Use 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)
<i>VASOTEC TABS PO (Use enalapril maleate)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ZESTRIL TABS PO 2.5 MG (Use lisinopril)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>ZESTRIL TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril)</i>	NP	QL(2 cada día)
Agentes para el feocromocitoma		
<i>DEMSER PO (Use metyrosine)</i>	NP	SP; PA
<i>metyrosine PO</i>	P	SP; PA
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>ATACAND PO (Use candesartan cilexetil)</i>	NP	
<i>AVAPRO PO (Use irbesartan)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>BENICAR PO (Use olmesartan medoxomil)</i>	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>candesartan cilexetil PO</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>COZAAR PO (Use losartan potassium)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>DIOVAN TABS PO (Use 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)
<i>MICARDIS PO (Use 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		
<i>CARDURA PO (Use 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	
<i>MINIPRESS CAPS PO (Use prazosin hcl)</i>	NP	
<i>prazosin hcl CAPS PO</i>	P	
<i>terazosin hcl PO</i>	P	
Combinación de antihipertensivos		
<i>ACCURETIC PO 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(3 cada día)
<i>ACCURETIC PO 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ACCURETIC PO 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; 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
<i>amlodipine besylate-valsartan PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST	<i>HYZAAR PO (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>ATACAND HCT PO (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide)</i>	NP		<i>irbesartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>atenolol & chlorthalidone PO</i>	P	QL(2 cada día)	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>AVALIDE PO (Use irbesartan-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(1 cada día)	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>AZOR PO (Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil)</i>	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)	<i>LOTENSIN HCT PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>BENICAR HCT PO (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)</i>	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	<i>LOTREL PO 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide PO</i>	P		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS PO 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide PO 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>MICARDIS HCT PO (Use telmisartan-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-50 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>DIOVAN HCT PO (Use valsartan-hydrochlorothiazide)</i>	NP	QL(1 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide PO</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(2 cada día)			
<i>EXFORGE PO (Use amlodipine besylate-valsartan)</i>	NP	Use losartan o irbesartan; ST			
<i>EXFORGE HCT PO (Use amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide)</i>	NP	Use losartan o irbesartan; 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
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>telmisartan-amlodipine PO</i>	P	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
TENORETIC 100 PO (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
TENORETIC 50 PO (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>trandolapril-verapamil hcl PO</i>	P	
TRIBENZOR PO (Use <i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>valsartan-hydrochlorothiazide PO</i>	P	QL(1 cada día)
VASERETIC PO 25 MG-10 MG (Use <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC PO 25 MG-20 MG (Use <i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	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)
ZIAC PO (Use <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
Antihipertensivos - varios		
VECAMYL PO	P	SP; PA
Vasodilatores		
<i>hydralazine hcl TABS PO</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>minoxidil PO 2.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>minoxidil PO 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS PO</i>	P	
<i>trimethoprim TABS PO</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
BACTRIM DS TABS PO (Use <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
BACTRIM TABS PO (Use <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
<i>methenamine-hyoscin methylene blue-sodium phenyl 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
INVANZ IJ (Use <i>ertapenem sodium</i>)	NP	SP; PA
Glucopéptidos		
FIRVANQ SOLR PO (Use <i>vancomycin hcl</i>)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
VANCOCIN CAPS PO 250 MG (Use <i>vancomycin hcl</i>)	NP	QL(8 cada día)
VANCOCIN CAPS PO 125 MG (Use <i>vancomycin hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS PO 125 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS PO 250 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>vancomycin hcl SOLR IV 500 MG</i>	P	QL(14 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>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 1 GM</i>	P	QL(14 por surtido 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		
<i>CLEOCIN PO (Use clindamycin palmitate hydrochloride)</i>	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
<i>CLEOCIN PO 150 MG, 300 MG (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		
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA
Pleuromutilinas		
XENLETA TABS	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios		
<i>MACROBID PO (Use nitrofurantoin monohyd macro)</i>	NP	
<i>MACRODANTIN PO 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal)</i>	NP	
<i>methenamine mandelate</i>	P	
<i>nitrofurantoin PO</i>	P	QL(40 ML al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>nitrofurantoin macrocrystal PO 50 MG, 100 MG</i>	P	
<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 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>chloroquine phosphate TABS PO 250 MG</i>	P	
<i>DARAPRIM PO (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	
<i>PLAQUENIL PO (Use hydroxychloroquine sulfate)</i>	NP	
<i>primaquine phosphate TABS PO</i>	P	
<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS PO (Use primaquine phosphate)</i>	NP	
<i>pyrimethamine PO</i>	P	SP; PA
SOVUNA PO 200 MG	P	
MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
Medicamentos antimiasténicos/colinérgicos		
<i>MESTINON TABS PO (Use pyridostigmine bromide)</i>	NP	
<i>MESTINON TBCR PO (Use pyridostigmine bromide)</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>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		
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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
TREANDA SOLR (Use <i>bendamustine hcl</i>)	NP	SP; PA
VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA
YONDELIS	P	SP; PA
ZEPZELCA	P	SP; PA
Antimetabolitos		
ALIMTA SOLR (Use <i>pemetrexed disodium</i>)	NP	SP; PA
<i>azacitidine</i> SUSR	P	SP; PA
<i>capecitabine</i> PO	P	SP; PA
<i>cladribine</i> 10 MG/10ML	P	SP; PA
<i>cytarabine</i> SOLN	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
<i>decitabine</i>	P	SP; PA	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLN</i>	P	SP; PA	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	P	SP; PA	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLR</i>	P	SP; PA	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA
FOLOTYN	P	SP; PA	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>mercaptopurine TABS PO</i>	P		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML</i>	P		MVASI	P	SP; PA
METHOTREXATE SODIUM SOLN 50 MG/2ML	P		ZALTRAP	P	SP; PA
<i>methotrexate sodium TABS PO 2.5 MG</i>	P		ZIRABEV	P	SP; PA
ONUREG TABS	P	SP; PA	Antineoplásicos - anticuerpos		
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA	ADCETRIS	P	SP; PA
<i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA	ARZERRA	P	SP; PA
PEMFEXY	P	SP; PA	BAVENCIO	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA	BESPOUSA	P	SP; PA
PURIXAN SUSP	P		BLENREP	P	SP; PA
TABLOID PO	P	SP; PA	BLINCYTO	P	SP; PA
TREXALL TABS PO 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P		DARZALEX	P	SP; PA
VIDAZA SUSR (<i>Use azacitidine</i>)	NP	SP; PA	EMPLICITI	P	SP; PA
XELODA PO (<i>Use capecitabine</i>)	NP	SP; PA	ENHERTU	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis			GAZYVA	P	SP; PA
CYRAMZA	P	SP; PA	IMFINZI	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA	JEMPERLI	P	SP; PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA	KADCYLA	P	SP; PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); 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

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
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		
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
EULEXIN PO	P	
<i>exemestane PO</i>	P	
FARESTON PO (<i>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA
FEMARA PO (<i>Use letrozole</i>)	NP	
<i>flutamide PO</i>	P	
<i>hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)</i>	P	SP; PA
<i>letrozole PO</i>	P	
LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	P	SP; PA
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</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
LYSODREN PO	P	SP; PA
<i>megestrol acetate SUSP PO</i>	P	
<i>megestrol acetate TABS PO</i>	P	
NUBEQA	P	SP; PA
<i>tamoxifen citrate TABS PO</i>	P	
<i>toremifene citrate PO</i>	P	PA
XTANDI CAPS	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA
ZYTIGA (<i>Use abiraterone acetate</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia		
WELIREG	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunomoduladores		
POMALYST	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR		
AYVAKIT	P	QL(1 cada día); SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores de XPO1		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) PO 50 MG	P	SP; PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) PO 60 MG	P	SP; PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) PO	P	SP; PA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG	P	SP; PA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) PO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antibióticos antineoplásicos		
<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HCL SOLN (<i>Use daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA
ELLECE SOLN	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML</i>	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA
VALSTAR (<i>Use valrubicin</i>)	NP	SP; PA
Combinaciones antineoplásicas		
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA
HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA
INQOVI	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	P	SP; PA
LONSURF	P	SP; PA
OPDUALAG	P	SP; PA
PHESGO	P	SP; PA
RITUXAN HYCELA	P	SP; PA
VYXEOS	P	SP; PA
Inhibidores enzimáticos antineoplásicos		
AFINITOR DISPERZ TBSO (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
AFINITOR TABS (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
ALECENSA	P	SP; PA
ALIQOPA	P	SP; PA
ALUNBRIG TABS PO	P	SP; PA
ALUNBRIG TBPK	P	SP; PA
BALVERSA	P	SP; PA
BELEODAQ	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
<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA	JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA
BOORTEZOMIB 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 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA	KYPROLIS	P	SP; PA
CABOMETYX TABS PO 40 MG	P	QL(2 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	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
GLEEVEC PO (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
IBRANCE CAPS	P	SP; PA	RETEVMO CAPS	P	SP; PA
IBRANCE TABS	P	SP; PA	ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA
ICLUSIG PO	P	QL(1 cada día); SP; PA	<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA	ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA
<i>imatinib mesylate PO</i>	P	SP; PA	RUBRACA	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA	RYDAPT	P	SP; PA
IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	SCEMBLIX 100 MG	P	SP
INREBIC	P	SP; PA	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA
ISTODAX SOLR (<i>Use romidepsin</i>)	NP	SP; PA	<i>sorafenib tosylate PO</i>	P	SP; PA
			SPRYCEL (<i>Use dasatinib</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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STIVARGA	P	SP; PA	AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
<i>sunitinib malate PO</i>	P	SP; PA	AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
SUTENT PO (<i>Use sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA	Antineoplásicos varios		
TABRECTA	P	SP; PA	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
TAFINLAR CAPS PO	P	SP; PA	ALFERON N	P	SP; PA
TALZENNA	P	SP; PA	<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA
TASIGNA	P	SP; PA	BESREMI	P	SP; PA
TAZVERIK	P	SP; PA	<i>bexarotene PO</i>	P	SP; PA
<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA	HYDREA PO (<i>Use hydroxyurea</i>)	NP	
TIBSOVO	P	SP; PA	<i>hydroxyurea PO</i>	P	
TORISEL (<i>Use temsirolimus</i>)	NP	SP; PA	MATULANE PO	P	SP; PA
TURALIO PO	P	SP; PA	PHOTOFRIN	P	SP; PA
TYKERB (<i>Use lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA	PROLEUKIN	P	SP; PA
VELCADE SOLR IJ (<i>Use bortezomib</i>)	NP	SP; PA	SYNRIBO	P	SP; PA
VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA	TARGRETIN PO (<i>Use bexarotene</i>)	NP	SP; PA
VITRAKVI CAPS PO	P	SP; PA	<i>tretinoin (chemotherapy) PO</i>	P	SP; PA
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA	TRISENOX (<i>Use arsenic trioxide</i>)	NP	SP; PA
VONJO	P	SP; PA	Coadyuvantes quimioterapéuticos		
VOTRIENT (<i>Use pazopanib hcl</i>)	NP	SP; PA	KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
VOTRIENT	P	SP; PA	KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA
XALKORI CAPS	P	SP; PA	Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
XOSPATA	P	SP; PA	<i>dexrazoxane hcl</i>	P	SP; PA
ZEJULA CAPS PO	P	SP; PA	KHAPZORY	P	SP; PA
ZELBORAF PO	P	SP; PA	<i>leucovorin calcium TABS PO</i>	P	
ZOLINZA	P	SP; PA	<i>levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML</i>	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA	<i>levoleucovorin calcium SOLR</i>	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA	<i>mesna SOLN</i>	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas			MESNEX SOLN (<i>Use mesna</i>)	NP	SP; PA
ASPARLAS	P	SP; PA	MESNEX TABS PO	P	SP; PA
ONCASPAR	P	SP; PA	Radiofármacos antineoplásicos		
RYLAZE	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
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE	P	SP; PA
<i>docetaxel</i> 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
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
<i>docetaxel</i> SOLN	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</i> CAPS PO	P	SP; PA
<i>etoposide</i> SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML	P	SP; PA
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HYCAMTIN SOLR (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl</i> SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
<i>topotecan hcl</i> SOLR	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson		
Terapia adyuvante antiparkinsoniana		
<i>carbidopa</i> PO	P	
LODOSYN PO (<i>Use carbidopa</i>)	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
<i>benztropine mesylate</i> TABS PO	P	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS PO	P	
Dopaminérgicos antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl</i> CAPS PO	P	
<i>amantadine hcl</i> SOLN	P	
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 (<i>Use bromocriptine mesylate</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
PARLODEL TABS PO (Use bromocriptine mesylate)	NP	
pramipexole dihydrochloride TABS PO	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ropinirole hydrochloride TABS PO 0.25 MG, 3 MG, 4 MG	P	QL(6 cada día)
ropinirole hydrochloride 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 carbidopa- levodopa)	NP	
Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminooxidasa		
selegiline hcl CAPS PO	P	
selegiline hcl TABS PO	P	
MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo		
Medicamentos antimaníacos		
lithium PO	P	
lithium carbonate CAPS PO	P	
lithium carbonate TABS PO	P	
lithium carbonate TBCR PO	P	
LITHOBID TBCR PO (Use lithium carbonate)	P	
Antipsicóticos - varios		
GEODON PO (Use ziprasidone hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
LATUDA PO (Use lurasidone hcl)	NP	
lurasidone hcl PO	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 cada día); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NUPLAZID TABS PO 10 MG	P	QL(1 cada día); PA
ziprasidone hcl 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 risperidone microspheres)	NP	SP; PA
RISPERDAL SOLN PO (Use risperidone)	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 risperidone)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
risperidone microspheres	P	SP; PA
risperidone SOLN PO	P	QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años)
risperidone TABS PO	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
risperidone TBCR PO	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 5 años)
Butirofenonas		
HALDOL DECANOATE (Use haloperidol decanoate)	NP	
haloperidol decanoate	P	
haloperidol lactate CONC PO	P	
haloperidol TABS PO 20 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>haloperidol TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)	ZYPREXA TABS PO 2.5 MG, 5 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dibenzapinas			Dihidroindolonas		
<i>clozapine TABS PO</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	<i>molindone hcl PO</i>	P	QL(4 cada día)
CLOZARIL TABS PO (<i>Use clozapine</i>)			Fenotiazinas		
<i>loxapine succinate PO</i>	P	QL(4 cada día)	<i>chlorpromazine hcl TABS PO 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>olanzapine TABS PO 15 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>chlorpromazine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>olanzapine TABS PO 2.5 MG, 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>olanzapine TABS PO 7.5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>fluphenazine hcl TABS PO</i>	P	
<i>quetiapine fumarate TABS PO 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>perphenazine TABS PO</i>	P	QL(4 cada día)
<i>quetiapine fumarate TABS PO 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>prochlorperazine PR</i>	P	
<i>quetiapine fumarate TABS PO 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)	<i>prochlorperazine maleate TABS PO</i>	P	
SEROQUEL TABS PO 300 MG, 400 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>thioridazine hcl PO</i>	P	QL(3 cada día)
SEROQUEL TABS PO 25 MG, 50 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)	<i>trifluoperazine hcl TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
SEROQUEL TABS PO 100 MG, 200 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)	Derivados de quinolinonas		
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA	ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ZYPREXA TABS PO 15 MG, 20 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)	ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ZYPREXA TABS PO 7.5 MG, 10 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	ABILIFY TABS PO (<i>Use aripiprazole</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
			<i>aripiprazole SOLN PO</i>	P	QL(750 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)
			<i>aripiprazole TABS PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
			<i>aripiprazole TBDP PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
			ARISTADA	P	SP; PA
			ARISTADA INITIO	P	SP; PA
			Tioxantenos		

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>thiothixene PO</i>	P	QL(3 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ML por surtido al por menor)
Antisépticos con cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP	
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)
HIBICLENS SOLN EX (Use <i>chlorhexidine gluconate</i>)	NP	
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Antiretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN PO</i>	P	QL(30 ML al día)
<i>abacavir sulfate TABS PO</i>	P	QL(2 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS PO 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>atazanavir sulfate CAPS PO 300 MG</i>	P	
ATRIPLA PO (Use <i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>)	NP	QL(1 cada día)
BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST
COMBIVIR PO (Use <i>lamivudine-zidovudine</i>)	NP	QL(2 cada día)
COMPLERA	P	QL(1 cada día)
<i>darunavir TABS 600 MG</i>	P	QL(2 cada día); ST
<i>darunavir TABS 800 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
DELSTRIGO	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA
DOVATO	P	
EDURANT	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz CAPS PO 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS PO 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz TABS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>emtricitabine CAPS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate PO 200 MG-300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EMTRIVA CAPS PO (Use <i>emtricitabine</i>)	NP	QL(1 cada día)
EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ML al día)
EPIVIR SOLN PO (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(30 ML al día)
EPIVIR TABS PO 300 MG (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)
EPIVIR TABS PO 150 MG (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(2 cada día)
EPZICOM PO (Use <i>abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>etravirine PO 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>etravirine PO 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS PO</i>	P	QL(4 cada día)
FUZEON SOLR	P	SP; PA
GENVOYA	P	QL(1 cada día)
INTELENCE PO 25 MG	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
INTELENCE PO 200 MG (Use <i>etravirine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>nevirapine SUSP PO</i>	P	QL(40 ML al día)
INTELENCE PO 100 MG (Use <i>etravirine</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>nevirapine TABS PO</i>	P	QL(2 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)	<i>nevirapine TB24 PO 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)	NORVIR CAPS PO	P	QL(12 cada día)
ISENTRESS PACK PO	P	QL(2 cada día)	NORVIR SOLN	P	QL(15 ML al día)
ISENTRESS TABS PO	P	QL(2 cada día)	NORVIR TABS PO (Use <i>ritonavir</i>)	NP	QL(12 cada día)
JULUCA	P	QL(1 cada día)	ODEFSEY	P	
KALETRA SOLN PO (Use <i>lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor)	PIFELTRO	P	QL(1 cada día)
KALETRA TABS PO 25 MG-100 MG (Use <i>lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(4 cada día)	PREZCOBIX	P	QL(1 cada día)
KALETRA TABS PO 50 MG-200 MG (Use <i>lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(6 cada día)	PREZISTA SUSP	P	QL(12 ML al día); ST
<i>lamivudine SOLN PO</i>	P	QL(30 ML al día)	PREZISTA TABS 600 MG (Use <i>darunavir</i>)	NP	QL(2 cada día); ST
<i>lamivudine TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	PREZISTA TABS 800 MG (Use <i>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
<i>lamivudine-zidovudine PO</i>	P	QL(2 cada día)	PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST
LEXIVA SUSP PO	P	QL(56 ML al día)	RETROVIR CAPS PO (Use <i>zidovudine</i>)	NP	QL(6 cada día)
LEXIVA TABS PO (Use <i>fosamprenavir calcium</i>)	NP	QL(4 cada día)	RETROVIR SYRP PO (Use <i>zidovudine</i>)	NP	QL(60 ML al día)
<i>lopinavir-ritonavir SOLN PO</i>	P	QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor)	REYATAZ CAPS PO 200 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lopinavir-ritonavir TABS PO 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	REYATAZ CAPS PO 300 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP	
<i>lopinavir-ritonavir TABS PO 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)	REYATAZ PACK	P	QL(6 cada día)
<i>maraviroc TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>ritonavir TABS PO</i>	P	QL(12 cada día)
<i>maraviroc TABS PO 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)	RUKOBIA	P	PA
			SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ML al día)
			SELZENTRY TABS PO 300 MG (Use <i>maraviroc</i>)	NP	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
SELZENTRY TABS PO 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)
SELZENTRY TABS PO 150 MG (Use maraviroc)	NP	QL(2 cada día)
stavudine CAPS PO	P	QL(2 cada día)
STRIBILD	P	QL(1 cada día)
SUSTIVA CAPS PO 200 MG (Use efavirenz)	NP	QL(1 cada día)
SUSTIVA CAPS PO 50 MG (Use efavirenz)	NP	QL(2 cada día)
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
tenofovir disoproxil fumarate TABS PO	P	QL(1 cada día)
TIVICAY TABS 50 MG	P	QL(2 cada día)
TRIUMEQ TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRIZIVIR PO	P	QL(2 cada día)
TROGARZO	P	SP; PA
TRUVADA PO 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate)	P	QL(1 cada día)
TYBOST	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
VIRACEPT TABS PO 250 MG	P	QL(9 cada día)
VIRACEPT TABS PO 625 MG	P	QL(4 cada día)
VIREAD POWD	P	QL(240 GM cada 30 días de venta al por menor)
VIREAD TABS PO 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
VIREAD TABS PO (Use tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZIAGEN SOLN PO (Use abacavir sulfate)	NP	QL(30 ML al día)
ZIAGEN TABS PO (Use abacavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)
zidovudine CAPS PO	P	QL(6 cada día)
zidovudine SYRP PO	P	QL(60 ML al día)
zidovudine TABS PO	P	QL(2 cada día)
Combinaciones antivirales		
PAXLOVID (150/100)	P	
PAXLOVID (300/100)	P	
Medicamentos contra el CMV		
LIVTENCITY	P	SP; PA
PREVYMIS SOLN	P	SP; PA
PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
VALCYTE TABS PO (Use valganciclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)
valganciclovir hcl TABS PO	P	QL(2 cada día)
Medicamentos contra la hepatitis		
MAVYRET PACK	P	QL(6 cada día); SP; PA
MAVYRET TABS PO	P	QL(3 cada día); SP; PA
PEGASYS SOLN	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) CAPS PO	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) 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		
acyclovir CAPS PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
acyclovir SUSP PO	P	QL(400 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>acyclovir TABS PO 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS PO 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>famciclovir PO</i>	P	
<i>valacyclovir hcl PO 500 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>valacyclovir hcl PO 1 GM</i>	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
<i>VALTREX PO 1 GM (Use valacyclovir hcl)</i>	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
<i>VALTREX PO 500 MG (Use valacyclovir hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ZOVIRAX SUSP PO (Use acyclovir)</i>	NP	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra la gripe		
<i>oseltamivir phosphate CAPS PO 30 MG</i>	P	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
<i>oseltamivir phosphate CAPS PO 45 MG, 75 MG</i>	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 SUSR PO</i>	P	QL(120 ML cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
<i>RELENZA DISKHALER</i>	P	QL(20 por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>TAMIFLU CAPS PO 45 MG, 75 MG (Use 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
<i>TAMIFLU CAPS PO 30 MG (Use 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>TAMIFLU SUSR PO (Use 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 PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>carvedilol PO 25 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>carvedilol phosphate PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>COREG PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol)</i>	NP	QL(3 cada día)
<i>COREG PO 25 MG (Use carvedilol)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>COREG CR PO (Use carvedilol phosphate)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>labetalol hcl TABS PO 300 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>labetalol hcl TABS PO 200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>labetalol hcl TABS PO 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Betabloqueadores cardio-selectivos		
<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)
<i>LOPRESSOR TABS PO 100 MG (Use metoprolol tartrate)</i>	NP	QL(4.5 cada día)
<i>LOPRESSOR TABS PO 50 MG (Use metoprolol tartrate)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 PO 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
<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)
<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 80 MG, 120 MG, 160 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>sotalol hcl TABS PO 240 MG</i>	P	
<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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use <i>diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(1 cada día)
CARDIZEM CD CP24 PO 240 MG (Use <i>diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	QL(2 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 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 PO 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl extended release beads PO 240 MG</i>	P	QL(2 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 CP12 PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 PO 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 PO 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 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 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nifedipine TB24 PO 60 MG</i>	P	QL(2 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)

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
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 (Use <i>verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 100 MG, 200 MG	P	QL(2 cada día)
VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 300 MG, 360 MG	P	QL(1 cada día)
<i>verapamil hcl CP24 PO 100 MG, 200 MG</i>	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 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)
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
VELETRI (Use <i>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 (Use <i>ambrisentan</i>)	NP	QL(1 cada día); SP; PA
TRACLEER TABS (Use <i>bosentan</i>)	NP	SP; PA
TRACLEER TBSO	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
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		
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
VYND AQEL	P	QL(4 cada día); SP; PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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>cefdinir CAPS PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir SUSR PO</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>cefixime CAPS PO</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)
<i>SUPRAX CAPS PO (Use cefixime)</i>	NP	
PRODUCTOS QUÍMICOS		
Productos químicos a granel - O's		
OMEPRazole	P	PA
Productos químicos a granel - P's		
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
Anticonceptivos combinados - Orales		

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>desogestrel & ethinyl estradiol PO</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) PO</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) PO</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad PO</i>	P	QL(1 cada día)
GENERESS FE PO (Use <i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP	
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS PO</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) PO</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) PO 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)
LOSEASONIQUE PO (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
MIRCETTE PO (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP	
<i>norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>norethindrone & eth estradiol PO</i>	P	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe PO</i>	P	
<i>norethindrone acet & eth estra TABS PO</i>	P	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe PO</i>	P	
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO</i>	P	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol PO</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO</i>	P	
<i>norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
QUARTETTE PO (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
SEASONIQUE PO (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NP	QL(91 por surtido al por menor)
TYBLUME CHEW	P	
YASMIN 28 PO (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
YAZ PO (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
Anticonceptivos combinados - vaginales		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
NUVARING (Use <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
Anticonceptivos de emergencia		
ELLA PO	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel (emergency oc) PO 1.5 MG</i>	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
PLAN B ONE-STEP PO (Use <i>levonorgestrel (emergency oc)</i>)	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
Anticonceptivos de progestina - inyectables		
DEPO-PROVERA SUSP IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 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
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	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	
PREDNISONE INTENSOL CONC	P	
prednisone SOLN PO	P	
prednisone TABS PO	P	
prednisone TBPK PO	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralocorticoides		
fludrocortisone acetate TABS PO	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
Antitusivos		
benzonatate PO 100 MG	P	AL(AI menos 10 años - 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>benzonatate PO 200 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años - 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)
DELSYM COUGH CHILDRENS SUER PO (Use dextromethorphan polistirex)	NP	OTC; QL(240 ML cada 7 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)
DELSYM SUER PO (Use dextromethorphan polistirex)	NP	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>cetirizine-pseudoephedrine PO</i>	P	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)	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 PO (Use loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(2 cada día); 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)	CLARITIN-D 24 HOUR TB24 PO (Use loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN PO (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD PO (Use dextromethorphan hbr)	NP	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)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias			<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)
ADVIL COLD/SINUS TABS PO (Use pseudoephedrine-ibuprofen)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)	<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)
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX PO</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); 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)
			<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 PO 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); 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>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS PO</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS PO	P	OTC; 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>guaifenesin-codeine SOLN PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SYRP PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD PO	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB12 PO</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB24 PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día); 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)
MAXI-TUSS PE LIQD PO	P	AL(Hasta 21 años)
MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 PO (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NF	
MUCINEX DM TB12 PO (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 cada día); 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)
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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>phenylephrine-dm SOLN PO</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(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)
<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>promethazine w/codeine SYRP PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>promethazine-dm SYRP PO</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<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)

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
PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS PO	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPTOM 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)
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</i> LIQD PO	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin</i> TB12 PO 600 MG	P	QL(40 Cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin</i> TB12 PO 1200 MG	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 PO (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)</i> AERS	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>sodium chloride (inhalant)</i> NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	P	
Mucolíticos		
<i>acetylcysteine</i> SOLN	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
ACNE MEDICATION 5 LOTN	P	OTC
BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use <i>benzoyl peroxide</i>)	NP	RX/OTC
<i>benzoyl peroxide</i> BAR	P	
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
<i>benzoyl peroxide</i> LIQD 4 %, 5 %, 10 %	P	
CLEOCIN-T LOTN (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i>)	NP	
CLINDAGEL GEL (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i>)	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN	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>clindamycin phosphate (topical) SOLN</i>	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)
<i>erythromycin (acne aid) GEL</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN</i>	P	
<i>isotretinoin PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	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 0.01 % (Use tretinoin)	NP	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin)	NP	AL(Hasta 35 años)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	P	
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %</i>	P	
<i>tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	P	QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
<i>tretinoin GEL 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años)
<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
Antibióticos tópicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bacitracin (topical) OINT</i>	P	OTC; QL(30 por surtido al por menor)
<i>bacitracin zinc OINT</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
CENTANY OINT	P	
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>gentamicin sulfate (topical) OINT</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>mupirocin calcium (topical)</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>mupirocin OINT</i>	P	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin OINT</i>	P	OTC; QL(454 GM por surtido al por menor)
<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i>	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)
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
Antifúngicos tópicos		
<i>clotrimazole (topical) CREA</i>	P	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole (topical) SOLN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 %</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use <i>terbinafine hcl (topical)</i>)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
LAMISIL AT CREA (Use <i>terbinafine hcl (topical)</i>)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use <i>clotrimazole (topical)</i>)	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
LOTRIMIN AF CREA (Use <i>clotrimazole (topical)</i>)	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
MICATIN CREA (Use <i>miconazole nitrate (topical)</i>)	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC
<i>nystatin (topical)</i> CREA	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical)</i> OINT	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical)</i> POWD EX	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone</i> CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone</i> OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>terbinafine hcl (topical)</i> CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (Use <i>tolnaftate</i>)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>tolnaftate</i> CREA	P	OTC; QL(30 ML por surtido al por menor)
Antihistamínicos tópicos		
ITCH RELIEF CREA	P	OTC
Agentes antiinflamatorios tópicos		
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL EX	P	QL(6.68 GM al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use <i>diclofenac sodium (topical)</i>)	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		
<i>bexarotene (topical)</i>	P	SP; PA
CARAC CREA	P	
EFUDEX CREA (Use <i>fluorouracil (topical)</i>)	NP	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5 %	P	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 0.5 %	P	
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
TARGRETIN (Use <i>bexarotene (topical)</i>)	NP	SP; PA
VALCHLOR	P	SP; PA
Antipruriginosos - tópicos		
<i>camphor & menthol</i> LOTN	P	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)
SARNA LOTN (Use <i>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 (Use <i>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

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
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		
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 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5 %	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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	
Corticosteroides - tópicos		
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate</i> CREA	P	
<i>betamethasone valerate</i> LOTN	P	
<i>betamethasone valerate</i> OINT	P	
<i>clobetasol propionate emollient base</i> 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> GEL 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> OINT 0.05 %	P	QL(60 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clobetasol propionate</i> SOLN 0.05 %	P	QL(50 ML por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 0.5 %	P	OTC
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use <i>fluocinolone acetonide</i>)	NP	QL(118.28 ML por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5 %	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
<i>desonide</i> CREA	P		<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 1 %	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)
<i>desonide</i> OINT	P	QL(2 GM al día)	<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1 %, 2.5 %	P	RX/OTC
DESOWEN CREA (Use <i>desonide</i>)	NP		<i>hydrocortisone butyrate</i> SOLN	P	
<i>desoximetasone</i> CREA 0.05 %	P		HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
<i>desoximetasone</i> CREA 0.25 %	P	QL(2 GM al día)	<i>mometasone furoate</i> CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>desoximetasone</i> GEL	P	QL(2 GM al día)	<i>mometasone furoate</i> OINT	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
<i>desoximetasone</i> OINT 0.25 %	P	QL(2 GM al día)	<i>mometasone furoate</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 GM por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL	P	QL(118.28 ML por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.05 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	TOPICORT GEL (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
<i>fluocinonide</i> CREA 0.05 %	P	QL(150 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor	TOPICORT OINT 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
<i>fluocinonide</i> GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA	P	
<i>fluocinonide</i> OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>fluocinonide</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT 0.1 %, 0.5 %	P	
<i>fluticasone propionate</i> CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT 0.025 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
<i>fluticasone propionate</i> OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	TRIDESILON CREA 0.05 % (Use <i>desonide</i>)	NP	
HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK	NP		Medicamentos para el eccema		
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5 %	P		ADBRY SOSY	P	SP; PA
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1 %	P	QL(454 por surtido al por menor); RX/OTC	CIBINQO	P	SP; PA
			Medicamentos emolientes/queratolíticos		

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
urea CREA 40 %	P	RX/OTC
urea LOTN 40 %	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		
ELIDEL (<i>Use pimecrolimus</i>)	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 0.1 % (<i>Use tacrolimus (topical)</i>)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
PROTOPIC OINT 0.03 % (<i>Use tacrolimus (topical)</i>)	NP	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
<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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/ vesicantes		
DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
KERALYT GEL (<i>Use salicylic acid</i>)	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)
CAPZASIN-HP CREA (<i>Use capsaicin</i>)	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 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<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 (<i>Use lidocaine</i>)	NP	OTC; QL(2 GM al día)
Medicamentos de uso tópico - 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
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	
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 <i>(Use metronidazole (topical))</i>	NP	
METROLOTION LOTN <i>(Use metronidazole (topical))</i>	NP	
<i>metronidazole (topical) CREA</i>	P	
<i>metronidazole (topical) GEL 0.75 %</i>	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
<i>metronidazole (topical) LOTN</i>	P	
Escabicidas y pediculicidas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
ELIMITE CREA <i>(Use 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 <i>(Use 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 <i>(Use permethrin)</i>	NP	OTC
OVIDE <i>(Use malathion)</i>	NP	QL(59 ML por surtido al por menor)
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(360 GM por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %</i>	P	OTC
RID COMPLETE LICE ELIMINATION <i>(Use pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover)</i>	NP	OTC
RID LIQD 4 %-0.33 % <i>(Use pyrethrins-piperonyl butoxide)</i>	NP	OTC
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
<i>spinosad</i>	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)

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
Productos derivados del alquitrán		
<i>coal tar extract SHAM 0.5 %</i>	P	OTC
DHS TAR GEL SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
DHS TAR SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
Productos para el cuidado de heridas		
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 <i>cosyntropin</i>)	NP	SP; PA
<i>cosyntropin SOLR</i>	P	SP; PA
THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA
Análisis de diagnóstico		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CARETOUCH TEST STRP	NP	RX/OTC
CHEMSTRIP K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
CLEARDETECT COVID- 19 AG HOME KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT	NP	
CONTOUR PLUS TEST STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT	NP	
CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC

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
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	ONETOUCH ULTRA TEST STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH VERIO STRP	P	RX/OTC
FORA TN'G ADVANCE PRO STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH VERIO STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT	NP		PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	PRECISION XTRA KETONE	P	OTC; QL(1 cada día)
GOJJI BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)	PTS PANELS EGLU TEST STRP	NP	RX/OTC
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT	NP		QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP	NP	RX/OTC	RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	RELION KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT	NP		RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT	NP	
KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
MM BLULINK GLUCOSE 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
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		
acetazolamide CP12 PO	P	
acetazolamide TABS PO	P	
dichlorphenamide PO	P	SP; PA
KEVEYIS PO (Use dichlorphenamide)	NP	SP; PA
methazolamide TABS PO	P	
Combinaciones de diuréticos		
ALDACTAZIDE PO (Use spironolactone & hydrochlorothiazide)	NP	
amiloride & hydrochlorothiazide PO	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	NP	
MAXZIDE TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	NP	
spironolactone & hydrochlorothiazide PO	P	
triamterene & hydrochlorothiazide CAPS PO 25 MG-37.5 MG	P	
triamterene & hydrochlorothiazide TABS PO	P	
Diuréticos de asa		
bumetanide TABS PO	P	
BUMEX TABS PO 0.5 MG (Use bumetanide)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML	P	
furosemide TABS PO	P	
LASIX TABS PO (Use furosemide)	NP	
SOAANZ TABS PO 20 MG	NP	QL(1 cada día)
torseamide TABS PO	P	QL(1 cada día)
Diuréticos ahorradores de potasio		
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)

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>alendronate sodium TABS PO 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ATELVIA TBEC PO (Use risedronate sodium)</i>	NP	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>calcitonin (salmon) IJ</i>	P	QL(2 ML por surtido al por menor)
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	1 paquete por surtido al por menor
EVENITY	P	SP; PA
FORTEO SOPN (<i>Use teriparatide</i>)	NP	SP; PA
FOSAMAX TABS PO 70 MG (<i>Use alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 cada día)
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA
<i>MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon))</i>	NP	QL(2 ML por surtido al por menor)
NATPARA	P	SP; PA
<i>pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML</i>	P	SP; PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA
PROLIA SOSY	P	SP; PA
RECLAST SOLN (<i>Use zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS PO 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>risedronate sodium TABS PO 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>risedronate sodium TBEC PO</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>teriparatide SOPN</i>	P	SP; PA
TERIPARATIDE SOPN	P	SP; PA
TYMLOS	P	SP; PA
XGEVA SOLN	P	SP; PA
<i>zoledronic acid CONC</i>	P	SP; PA
<i>zoledronic acid SOLN</i>	P	SP; PA
ZOLEDRONIC ACID SOLN	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Reguladores de la fertilidad		
CHORIONIC GONADOTROPIN IM	P	PA
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML	P	PA
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
GONAL-F RFF SOLR SC	P	PA
GONAL-F SOLR IJ	P	PA
MENOPUR SC	P	PA
NOVAREL IM	P	PA
OVIDREL SOSY	P	PA
PREGNYL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE (<i>Use cetorelix acetate</i>)	NP	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (<i>Use ganirelix acetate</i>)	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
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 (<i>Use 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

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
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
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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<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)

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>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		
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<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	

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
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
LIALDA TBEC PO (Use mesalamine)	NP	
mesalamine CP24	P	
mesalamine CPDR PO	P	
mesalamine ENEM PR	P	QL(60 ML al día)
mesalamine TBEC PO	P	
SFROWASA ENEM PR	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
sulfasalazine TABS PO	P	
sulfasalazine TBEC PO	P	
Acidificadores intestinales		
lactulose (encephalopathy) PO	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS PO	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		
potassium citrate (alkalinizer) TBCR PO	P	
sodium citrate & citric acid PO	NP	RX/OTC
sodium citrate & citric acid PO	P	QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
UROKIT-K 10 TBCR PO (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UROKIT-K 5 TBCR PO (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS PO	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR PO	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
finasteride PO	P	QL(1 cada día)
FLOMAX PO (Use tamsulosin hcl)	NP	QL(2 cada día)
PROSCAR PO (Use finasteride)	NP	QL(1 cada día)
tamsulosin hcl PO	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF TABS PO (Use phenazopyridine hcl)	NF	
phenazopyridine hcl TABS PO 100 MG, 200 MG	P	
PYRIDIUM TABS PO (Use phenazopyridine hcl)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (Use tiopronin)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (Use tiopronin)	NP	SP; PA
tiopronin TABS	P	SP; PA
tiopronin TBEC	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
DEFLUX	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 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 (Use <i>colchicine</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA
ZYLOPRIM PO (Use <i>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
COAGADDEX	P	SP; PA
CORIFACT	P	SP; PA
ELOCTATE	P	SP; PA
ESPEROCT	P	SP; PA
FEIBA	P	SP; PA
FIBRYGA	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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 PO</i>	P	
Hemín		
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA
Proteína C humana		
CEPROTIN	P	SP; PA
Inhibidores de la calicreína plasmática		
KALBITOR	P	SP; PA
ORLADEYO	P	SP; PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA
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 PO</i>	P	QL(2 cada día)
<i>clopidogrel bisulfate PO 75 MG</i>	P	
<i>dipyridamole PO</i>	P	
EFFIENT PO (<i>Use prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
PLAVIX PO 75 MG (<i>Use clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl PO</i>	P	QL(1 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPK	P	SP; PA
PYRUKYND TABS	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 (<i>Use miglustat</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
DROXIA CAPS	P	
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 cada día)
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

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
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
MIRCERA	P	SP; PA
MULPLETA	P	SP; PA
NEUPOGEN SOLN	P	SP; PA
NEUPOGEN SOSY	P	SP; PA
NIVESTYM SOLN	P	SP; PA
NIVESTYM SOSY	P	SP; PA
NYVEPRIA	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
RELEUKO SOLN	P	SP; PA
RELEUKO SOSY	P	SP; PA
RETACRIT	P	SP; PA
ZARXIO	P	SP; PA
Mezclas hematopoyéticas		
<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 (Use <i>ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ML al día)
FERRETT'S 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 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; 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 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FERROUS SULFATE TBEC PO (Use <i>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 (Use <i>plerixafor</i>)	NP	SP; PA
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
AMICAR SOLN PO (Use <i>aminocaproic acid</i>)	NP	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP
AMICAR TABS PO 1000 MG (Use <i>aminocaproic acid</i>)	NP	SP; PA
AMICAR TABS PO 500 MG (Use <i>aminocaproic acid</i>)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP
<i>aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML</i>	P	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP
<i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>aminocaproic acid TABS PO 500 MG</i>	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
<i>aminocaproic acid TABS PO 1000 MG</i>	P	SP; PA
LYSTEDA TABS PO (Use <i>tranexamic acid</i>)	NP	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(Al menos 12 años)
<i>tranexamic acid TABS PO</i>	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(Al menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		

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
Antihistamínicos hipnóticos		
<i>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS PO 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 50 MG</i>	P	OTC
<i>doxylamine succinate (sleep) PO</i>	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS PO (Use <i>diphenhydramine hcl (sleep)</i>)	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS PO (Use <i>doxylamine succinate (sleep)</i>)	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital ELIX PO</i>	P	
<i>phenobarbital TABS PO</i>	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS PO (Use <i>zolpidem tartrate</i>)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<i>flurazepam hcl PO</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HALCION PO 0.25 MG (Use <i>triazolam</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>midazolam hcl SOLN IJ</i>	P	
RESTORIL PO 15 MG, 30 MG (Use <i>temazepam</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>temazepam PO 15 MG, 30 MG</i>	P	AL(AI menos 18 años)
<i>triazolam PO</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zaleplon PO 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>zaleplon PO 5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zolpidem tartrate TABS PO</i>	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		
<i>calcium polycarbophil TABS PO</i>	P	OTC; QL(10 cada día)
EVAC POWD PO (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD PO (Use <i>psyllium</i>)	NP	
METAMUCIL POWD PO (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD PO	P	OTC
<i>psyllium CAPS PO 0.52 GM</i>	P	OTC
<i>psyllium POWD PO 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %</i>	P	OTC
<i>psyllium POWD PO 43 %</i>	P	
<i>psyllium POWD PO 43 %</i>	NP	
Combinaciones de laxantes		
GOLYTELY SOLR PO (Use <i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>)	NP	QL(4000 ML por surtido al por menor)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR PO</i>	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride PO</i>	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
PEG-PREP PO	P	
<i>sennosides-docusate sodium TABS PO</i>	P	OTC; 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
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
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		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ERYPED 200 SUSR PO (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
ERYPED 400 SUSR PO (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
<i>erythromycin base CPEP PO</i>	P	
<i>erythromycin base TABS PO</i>	P	
<i>erythromycin base TBEC PO</i>	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR PO</i>	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS PO</i>	P	
<i>erythromycin stearate TABS PO 250 MG</i>	P	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	ASSESS PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
Suministros para terapia respiratoria			CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER 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
ACTIVITY POUCH 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
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 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
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 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
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			

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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>dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML</i>	P	AL(AI menos 18 años)	<i>rizatriptan benzoate TBDP PO</i>	P	QL(0.4 cada día)
MIGRANAL SOLN NA (Use <i>dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)	<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
Agonistas de la serotonina			<i>sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>eletriptan hydrobromide PO</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	<i>sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 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)	<i>sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2.5 ML 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 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	<i>sumatriptan succinate TABS PO</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
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)	<i>zolmitriptan SOLN 5 MG</i>	P	QL(6 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)	<i>zolmitriptan TABS PO</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
MAXALT-MLT TBDP PO 10 MG (Use <i>rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(0.4 cada día)	<i>zolmitriptan TBDP PO</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
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)	ZOMIG SOLN 5 MG (Use <i>zolmitriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>naratriptan hcl PO</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	ZOMIG TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use <i>zolmitriptan</i>)	NP	QL(6 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)	MINERALES Y ELECTROLITOS		
<i>rizatriptan benzoate TABS PO</i>	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)	Calcio		
			CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS PO	P	OTC; 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>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)	FT ELECTROLYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC	GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS PO 600 MG-200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)	HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS PO 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT</i>	P	OTC	HYDRALYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CALTRATE 600+D3 TABS PO (Use <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)	KINDERLYTE PREMAX SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CALTRATE BONE HEALTH TABS PO (Use <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)	KINDERLYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
<i>oyster shell PO</i>	P	OTC	<i>oral electrolytes SOLN PO</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS PO 500 MG-200 UNIT	P	OTC	PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN PO (Use <i>oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
PARVA-CAL PO 200 UNIT-500 MG	P	OTC	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN PO (Use <i>oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
QC CALCIUM 500MG-D3 TABS PO	P	OTC	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
Mezclas de electrolitos			PEDIALYTE SINGLES SOLN PO (Use <i>oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
BIOLYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	PEDIALYTE SOLN PO (Use <i>oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CERASPORT EX1 SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	TRUELYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CERASPORT SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	Flúor		
ENFAMIL ENFALYTE SOLN PO	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<i>sodium fluoride CHEW PO</i>	P	AL(Hasta 15 años)
EQUALYTE SOLN PO (Use <i>oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<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

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
MAGOX 400 TABS PO (Use magnesium oxide (mg supplement))	NP	OTC
Fosfato		
K-PHOS-NEUTRAL PO (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic)	NP	QL(8 cada día)
pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic PO	P	QL(8 cada día)
Potasio		
K-TAB TBCR PO 10 MEQ (Use potassium chloride)	NP	
potassium bicarbonate TBEF PO	P	
potassium chloride microencapsulated crystals er PO	P	
potassium chloride CPCR PO 10 MEQ	P	
potassium chloride CPCR PO 8 MEQ	P	QL(1 cada día)
potassium chloride PACK PO 20 MEQ	P	
potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 %	P	
potassium chloride TBCR PO 8 MEQ, 10 MEQ	P	
Zinc		
zinc sulfate CAPS PO	P	QL(100 por surtido al por menor)
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
Tejido alogénico		
RETHYMIC	P	SP; PA
Agentes quelantes		
DEPEN TITRATABS TABS PO (Use penicillamine)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
penicillamine TABS PO	P	
SYPRINE PO (Use trientine hcl)	NP	SP; PA
trientine hcl PO 500 MG	P	SP
trientine hcl PO 250 MG	P	SP; PA
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores		
lenalidomide PO	P	SP; PA
REVLIMID PO	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID PO	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM	P	SP; PA
azathioprine TABS PO 75 MG, 100 MG	P	PA
azathioprine TABS PO 50 MG	P	
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

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
IMURAN TABS PO (<i>Use azathioprine</i>)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA
<i>mycophenolate mofetil CAPS PO</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil SUSR</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil TABS PO</i>	P	
<i>mycophenolate sodium PO</i>	P	
MYFORTIC PO (<i>Use mycophenolate sodium</i>)	NP	
NEORAL CAPS PO (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NEORAL SOLN PO (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS PO (<i>Use tacrolimus</i>)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA
RAPAMUNE SOLN (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
RAPAMUNE TABS PO (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
SANDIMMUNE CAPS PO (<i>Use cyclosporine</i>)	NP	
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	P	
<i>sirolimus SOLN</i>	P	
<i>sirolimus TABS PO</i>	P	
<i>tacrolimus CAPS PO</i>	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos eliminadores de potasio		
<i>sodium polystyrene sulfonate POWD PO</i>	P	
<i>sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML</i>	P	
Medicamentos para el tratamiento de la progeria		
ZOKINVY	P	SP; PA
Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico		
BENLYSTA SOAJ	P	SP; PA
BENLYSTA SOLR	P	SP; PA
BENLYSTA SOSY	P	SP; PA
SAPHNELO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE AFECIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES		
Anestésicos tópicos orales		
<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 - Bucles/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	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
pilocarpine hcl (oral) PO 5 MG	P	QL(6 cada día)
RA DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
SALAGEN PO 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral))	NP	QL(6 cada día)
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del complejo B		
b-complex vitamins CAPS PO	P	OTC; QL(1 cada día)
b-complex vitamins TABS PO	P	QL(1 cada día)
Complejo B con C		
b complex w/ c CAPS PO	P	OTC; QL(1 cada día)
Complejo B con ácido fólico		
b-complex w/ c & folic acid CAPS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC
b-complex w/ c & folic acid TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con hierro		
multiple vitamins w/ iron TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día)
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día)
Multivitaminas con minerales		
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	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
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas		
ALTRIXA TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ESTROFACTORS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
FOLCYTEINE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
GENICIN VITA-Q TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
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
<i>multiple vitamin TABS PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
NEOMULTIVITE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
OMNICAP TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY MENS TABS PO (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
QUINTABS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
THERA TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
THEREMS TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
TM-DAILY VITE TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
TRUE MULTIVITAMIN TABS PO	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro		
<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN PO</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con minerales		
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con flúor		
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 1 MG	P	RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); 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 0.25 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 CHEW PO 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); 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
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	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 0.25 MG, 1 MG</i>	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 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
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 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.25 MG, 1 MG	P	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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		
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		

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>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)
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
LIORESAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
LIORESAL SOLN IT	P	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 (Use <i>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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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		
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 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)

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
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		
FLONASE ALLERGY RELIEF 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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 amniotrófica (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
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

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
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	P	SP; PA
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
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		

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>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	P	
COSOPT (Use <i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use <i>timolol maleate (ophth)</i>)	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC SOLN (Use <i>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	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use <i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>)	NP	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
CYCLOGYL (Use <i>cyclopentolate hcl</i>)	NP	
CYCLOGYL 2 %	P	
<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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MYDRIACYL SOLN (Use <i>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
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)

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
CILOXAN OINT	P	
CILOXAN SOLN (Use ciprofloxacin hcl (ophth))	NP	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN	P	
ERYTHROMYCIN	P	
erythromycin (ophth)	P	
gentamicin sulfate (ophth) OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
gentamicin sulfate (ophth) SOLN	P	
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	P	QL(3 ML por surtido al por menor)
neomycin-bacitracin zn-polymyxin	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
neomycin-polymyxin-gramicidin	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
ofloxacin (ophth)	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
polymyxin b-trimethoprim	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
POLYTRIM (Use polymyxin b-trimethoprim)	NP	QL(10 ML por surtido al por menor)
sulfacetamide sodium (ophth) OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
sulfacetamide sodium (ophth) SOLN	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
tobramycin (ophth) SOLN	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
TOBREX OINT	P	
trifluridine	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)
VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth))	NP	QL(3 ML por surtido al por menor)
Descongestionantes oftálmicos		
naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine)	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %	P	OTC
VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth))	NP	OTC
Terapia génica oftálmica		
LUXTURNA	P	SP; PA
Anestésicos oftálmicos locales		
tetracaine hcl (ophth)	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	
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	P	
DEXTENZA INST	P	SP; PA
DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA
fluorometholone (ophth) SUSP	P	
FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth))	NP	
FML OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
ILUVIEN	P	SP; PA
MAXITROL OINT (Use neomycin-polymyx-dexameth)	NP	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
MAXITROL SUSP (Use neomycin-polymyx-dexameth)	NP	QL(10 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>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>	P	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	NP	
PREDNISOLONE ACETATE P-F	P	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
RETISERT	P	SP; PA
<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX SUSP (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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	
TRUSOPT (Use <i>dorzolamide hcl</i>)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
ZADITOR 0.035 % (Use <i>ketotifen fumarate (ophth)</i>)	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		
<i>latanoprost SOLN</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
LATANOPROST SOLN	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
XALATAN SOLN (Use <i>latanoprost</i>)	NP	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído		
Medicamentos óticos - varios		
<i>acetic acid (otic)</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)

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>carbamide peroxide (otic)</i> 6.5 %	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (<i>Use carbamide peroxide (otic)</i>)	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
<i>ofloxacin (otic)</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
CIPRODEX (<i>Use ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	NP	QL(7.5 ML por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	P	QL(7.5 ML por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP</i>	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>pramoxine-hc-chloroxylonol</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
Esteroides óticos		
DERMOTIC (<i>Use fluocinolone acetonide (otic)</i>)	NP	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	P	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		
Oxitócicos		
<i>methylergonovine maleate TABS PO</i>	P	
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML	P	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
GAMUNEX-C	P	SP; PA
HEPAGAM B SOLN IJ	P	SP; PA
HIZENTRA SOLN	P	SP; PA
HIZENTRA SOSY	P	SP; PA
HYPERHEP B SOLN IM	P	SP; PA
HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT	P	SP
HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA
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 5 GM/50ML	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
PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML	P	SP; PA
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP
RHOPHYLAC SOSY IJ	P	SP; PA
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA
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	
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 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 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML 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 TABS PO 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 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)
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 (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<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

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
SIMPLYTHICK EASY MIX PO	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA	ORA-SWEET SYRP PO 4 %-5 %-54 %	P	RX/OTC
Excipientes líquidos			PCCA SWEET-SF SYRP PO	P	RX/OTC
FLAVOR BLEND SUSP PO	P	RX/OTC	PCCA SYRUP VEHICLE SYRP PO	P	RX/OTC
FLAVOR PLUS LIQD PO	P	RX/OTC	PCCA-PLUS SUSP PO	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET-SF SYRP PO	P	RX/OTC	SOSWEET SYRP PO	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET SYRP PO	P	RX/OTC	STERILE DILUENT FLOLAN PH 12	P	SP; PA
<i>glycine diluent</i>	P	SP; PA	STERILE DILUENT FOR REMODULIN (<i>Use glycine diluent</i>)	NP	SP; PA
GRAPE SYRUP SYRP PO	P	RX/OTC	SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SF SUSP PO	P	RX/OTC	SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SUSP PO	P	RX/OTC	SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SF SYRP PO	P	RX/OTC	SUSPENSION VEHICLE SUSP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SUSPEND SUSP PO	P	RX/OTC	SYRPALTA (RED) SYRP PO	P	RX/OTC
MX-SOL SYRP PO	P	RX/OTC	SYRPALTA SYRP PO	P	RX/OTC
ORA-BLEND SF SUSP PO	P	RX/OTC	SYRSPEND SF LIQD PO	P	RX/OTC
ORA-BLEND SUSP PO	P	RX/OTC	SYRUP VEHICLE SF SYRP PO	P	RX/OTC
ORAL MIX SF SUSP PO	P	RX/OTC	SYRUP VEHICLE SYRP PO	P	RX/OTC
ORAL MIX SUSP PO	P	RX/OTC	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP PO	P	RX/OTC
ORAL SUSPEND LIQD PO	P	RX/OTC	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP PO	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SF SYRP PO	P	RX/OTC	VERSAFREE SYRP PO	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SYRP PO	P	RX/OTC	VERSAPLUS SYRP PO	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD PO	P	RX/OTC	Excipientes semisólidos		
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD PO	P	RX/OTC	<i>lanolin XX</i>	P	
ORA-PLUS LIQD PO	P	RX/OTC	LANOLIN XX	P	
ORA-SWEET SF SYRP PO 10 %-9 %	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
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/modificación hormonal		
Progestinas		
AYGESTIN TABS PO (Use norethindrone acetate)	NP	
hydroxyprogesterone caproate OIL	P	QL(2 ML por surtido al por menor; 2 ML cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate)	NP	QL(2 ML por surtido al por menor; 2 ML cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA SOAJ	P	SP; PA
medroxyprogesterone acetate PO 2.5 MG, 5 MG, 10 MG	P	
norethindrone acetate TABS PO	P	
progesterone CAPS PO 100 MG	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
progesterone CAPS PO 200 MG	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS PO 200 MG (Use progesterone)	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS PO 100 MG (Use progesterone)	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
PROVERA PO 5 MG, 10 MG (Use medroxyprogesterone acetate)	NP	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales		
Medicamentos contra la dependencia química		
disulfiram PO 250 MG	P	
Medicamentos anticatapléjicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 donepezil hydrochloride)	NP	QL(1 cada día)
donepezil hydrochloride TABS PO 5 MG, 10 MG	P	QL(1 cada día)
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine)	NP	QL(1 cada día); PA
galantamine hydrobromide CP24 PO	P	QL(1 cada día)
galantamine hydrobromide SOLN PO	P	QL(6 ML al día)
galantamine hydrobromide TABS PO	P	QL(2 cada día)
memantine hcl SOLN PO 2 MG/ML	P	QL(2 ML al día); PA
memantine hcl TABS PO	P	QL(2 cada día); PA
memantine hcl TABS PO	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TITRATION PAK TABS PO (Use memantine hcl)	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TABS PO (Use memantine hcl)	NP	QL(2 cada día); PA
RAZADYNE ER CP24 PO (Use galantamine hydrobromide)	NP	QL(1 cada día)
rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR	P	QL(1 cada día); PA
rivastigmine tartrate CAPS PO	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
perphenazine-amitriptyline PO	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		

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
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
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
EXTAVIA KIT	P	SP; PA
<i> fingolimod hcl PO</i>	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA PO (<i>Use fingolimod 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
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)

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>varenicline tartrate</i> <i>TBPK</i>	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(Al 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
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	P	SP; PA
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	P	SP; PA
KALYDECO PACK 5.8 MG	P	SP
KALYDECO TABS	P	SP; PA
ORKAMBI PACK	P	SP; PA
ORKAMBI TABS	P	SP; PA
PULMOZYME	P	SP; PA
SYMDEKO	P	SP; PA
TRIKAFTA <i>TBPK</i>	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OFEV	P	SP; PA
<i>pirfenidone</i> CAPS	P	SP; PA
<i>pirfenidone</i> TABS PO	P	SP; PA
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclinas		
ACTICLATE TABS PO (<i>Use doxycycline hyclate</i>)	NF	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS PO 50 MG, 100 MG	P	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS PO 50 MG, 100 MG	P	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS PO	P	
<i>doxycycline hyclate</i> TABS PO 100 MG	P	
<i>minocycline hcl</i> CAPS PO	P	
<i>tetracycline hcl</i> CAPS PO 500 MG	P	
VIBRAMYCIN CAPS PO (<i>Use 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 (<i>Use liothyronine sodium</i>)	NP	
<i>levothyroxine sodium</i> 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lithyronine sodium TABS PO</i>	P		<i>glycopyrrolate TABS PO 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 cada día)
NIVA THYROID TABS PO	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX PO</i>	P	
NP THYROID TABS PO	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX PO</i>	NP	
SYNTHROID TABS PO (Use <i>levothyroxine sodium</i>)	P		HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
THYROID TABS PO 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P		<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	P	
TOXOIDES			<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	NP	
Combinaciones de toxoides			<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
ADACEL SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
BOOSTRIX SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS PO 0.125 MG</i>	P	
BOOSTRIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS PO 0.125 MG</i>	NP	
DAPTACEL	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS PO 0.125 MG</i>	P	QL(4 cada día)
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate TBDP PO 0.125 MG</i>	NP	
INFANRIX	P		<i>hyoscyamine sulfate TBDP PO 0.125 MG</i>	P	
KINRIX SUSY	P		LEVBIID TB12 PO (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 cada día)
PEDIARIX SUSY	P		LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use <i>hyoscyamine sulfate</i>)	NP	
PENTACEL	P		ROBINUL-FORTE TABS PO (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
QUADRACEL SUSP	P		ROBINUL TABS PO (Use <i>glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
QUADRACEL SUSY	P		Antagonistas H-2		
TDVAX SUSP	P		<i>cimetidine hcl PO 300 MG/5ML</i>	P	
TENIVAC INJ	P		<i>cimetidine TABS PO</i>	P	RX/OTC
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		<i>famotidine SUSR PO</i>	P	
VAXELIS SUSP	P		<i>famotidine TABS PO 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/OTC
VAXELIS SUSY	P		MEDICAMENTOS CONTRA LA ÚLCERA - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades intestinales y estomacales		
Antiespasmódicos					
<i>dicyclomine hcl CAPS PO</i>	P				
<i>dicyclomine hcl SOLN PO</i>	P	QL(496 ML cada 30 días de venta al por menor)			
<i>dicyclomine hcl TABS PO</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
<i>famotidine TABS PO 10 MG</i>	P	OTC	OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 cada día); OTC
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>omeprazole magnesium TBEC PO</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
PEPCID AC TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	OTC	<i>omeprazole CPDR PO</i>	P	QL(2 cada día)
PEPCID TABS PO (Use <i>famotidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC PO 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
TAGAMET HB 200 TABS PO (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC PO 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
TAGAMET HB TABS PO (Use <i>cimetidine</i>)	NP	RX/OTC	PREVACID 24HR CPDR PO (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	QL(4 cada día); RX/OTC
Medicamentos antiulcerosos - varios			PREVACID CPDR PO 30 MG (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	
CARAFATE SUSP PO (Use <i>sucralfate</i>)	NP	QL(420 ML por surtido al por menor)	PRIOSEC OTC TBEC PO (Use <i>omeprazole magnesium</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CARAFATE TABS PO (Use <i>sucralfate</i>)	NP		PROTONIX TBEC PO 20 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>sucralfate SUSP PO</i>	P	QL(420 ML por surtido al por menor)	PROTONIX TBEC PO 40 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>sucralfate TABS PO</i>	P		VOQUEZNA	NP	
Inhibidores de la bomba de protones			Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas		
DEXILANT PO (Use <i>dexlansoprazole</i>)	NP	ST	CYTOTEC PO (Use <i>misoprostol</i>)	NP	
<i>dexlansoprazole PO</i>	P	ST	<i>misoprostol PO</i>	P	
<i>esomeprazole magnesium CPDR PO 20 MG</i>	P	QL(2 cada día); RX/OTC	Combinaciones terapéuticas antiulcerosas		
<i>lansoprazole CPDR PO 15 MG</i>	P	QL(4 cada día); RX/OTC	<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máx. de 14 días cada 365 días de venta al por menor
<i>lansoprazole CPDR PO 30 MG</i>	P		ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga		
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR PO (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	Antiespasmódicos urinarios – Estimuscarínicos (anticolinérgicos)		
NEXIUM 24HR CPDR PO (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	DETROL LA CP24 PO (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)
NEXIUM CPDR PO 20 MG (Use <i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	DETROL TABS PO (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	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
DITROPAN XL TB24 PO 5 MG, 10 MG (Use oxybutynin chloride)	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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	
DENGVAIXA	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
ENGERIX-B SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUAD	P	
FLUAD QUADRIVALENT	P	
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P	
FLUARIX SUSY	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT	P	
FLUBLOK SOSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	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
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		PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP	P	
GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP	P	
GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP	P	
HAVRIX	P		PREHEVBRIO	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	PRIORIX SUSR	P	
IMOVAX RABIES SUSR	P		PROQUAD SUSR	P	
IPOL	P		RABAVERT	P	
IXIARO	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
JANSSEN COVID-19 VACCINE	P		RECOMBIVAX HB SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
JYNNEOS	P		ROTARIX SUSP	P	
M-M-R II SOLR	P				
MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y	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
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		
CLEOCIN CREA (Use <i>clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (Use <i>clotrimazole vaginal</i>)	NP	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNE-LOTRIMIN CREA (Use <i>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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>	P	
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	
MONISTAT 3 CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	OTC
VANDAZOLE	P	QL(70 GM por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH 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		

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
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)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 Cada 365 días de venta al por menor)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
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 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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
<i>vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<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)
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 CPCR PO	P	OTC
NIACIN ER TBCR PO	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
<i>niacin CPCR 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)
<i>SLO-NIACIN TBCR PO (Use niacin)</i>	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 _____	41
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	38	acetaminophen w/ codeine SOLN PO	7	acyclovir SUSP PO _____	41
ABILIFY MAINTENA SRER _____	38	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)	38	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) _____	88	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)	25	ACNE MEDICATION 10 LOTN _____	50	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ACCURETIC PO 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) 26		ACNE MEDICATION 5 LOTN _____	50	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ACCURETIC PO 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) 26		ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT 3	
ACCURETIC PO 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	26	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML _____	3
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____	72	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT _____	3
acebutolol hcl CAPS PO _____	42	ACTHIB SOLR IM _____	97	ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) AJKT _____	3
acetaminophen CHEW PO _____	5	ACTICLATE TABS PO (Use doxycycline hyclate) _____	94	ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER) AJKT _____	3
acetaminophen ELIX PO _____	5	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML _____	35	ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT 3	
acetaminophen LIQD PO 160 MG/5ML _____	5	ACTIVELLA TABS PO 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	62	ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____	3
acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACTIVITY POUCH MISC _____	72		
		ACTONEL TABS PO 35 MG (Use risedronate sodium) _____	59		
		ACTOPLUS MET TABS PO (Use pioglitazone hcl-metformin hcl) _____	18		

ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	72	ALDACTONE TABS PO (Use spironolactone)	59
.....	72	ALDURAZYME	61
ADBRY SOSY	54	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	72
ADCETRIS	31	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	72
ADCIRCA TABS PO (Use tadalafil (pulmonary hypertension))	45	.....	72
ADDERALL TABS PO (Use amphetamine-dextroamphetamine)	1	AEROTRACH PLUS MISC	72
ADDERALL XR CP24 PO (Use amphetamine-dextroamphetamine)	1	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus)	33
ADEMPAS PO	45	AFINITOR TABS (Use everolimus)	33
ADMELOG SOLN IJ	20	AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	97
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	20	AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	97
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal))	84	AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	97
ADTHYZA TABS PO 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	94	AFLURIA SUSP	97
ADULT AEROSOL MASK MISC	72	AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT	65
ADULT DISPOSABLE MISC	72	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	72
ADULT MASK LARGE MISC	72	AIRZONE PEAK FLOW METER	72
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	11	albuterol sulfate AERS	11
ADVATE	65	albuterol sulfate NEBU 0.083 %	11
ADVIL COLD/SINUS TABS PO (Use pseudoephedrine-ibuprofen)	48	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML	11
ADVIL TABS PO (Use ibuprofen)	4	albuterol sulfate NEBU	11
ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	57	ALBUTEROL SULFATE NEBU	11
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	71	albuterol sulfate SYRP PO	11
.....	71	albuterol sulfate TABS PO	11
ADYNOVATE	65	ALCOHOL PREP PADS-MISC	71
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC	72	ALDACTAZIDE PO (Use spironolactone & hydrochlorothiazide)	59
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	72	ALOMIDE	88
		ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	62
		ALPHANATE SOLR	65

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) _	25		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 _____	8		amoxicillin SUSR PO _____	90
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP PO _____	8		amoxicillin TABS PO 875 MG _____	90
ALUNBRIG TABS PO _____	33		amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____	96
ALUNBRIG TBPK _____	33		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 _____	44		ANAPROX DS TABS PO (Use naproxen sodium) _____	4
AMICAR SOLN PO (Use aminocaproic acid) _____	67		anastrozole PO _____	32
AMICAR TABS PO 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____	67		ANDEXXA 200 MG _____	22
AMICAR TABS PO 500 MG (Use aminocaproic acid) _____	67		ANTARA PO 30 MG, 90 MG (Use fenofibrate micronized) _____	25
amiloride & hydrochlorothiazide PO			ANTI-DIARRHEAL LIQD PO _____	21
amiloride hcl TABS PO _____	59		ANTIVERT CHEW PO (Use meclizine hcl) _____	22
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	67			
aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML _____	67			
aminocaproic acid TABS PO 1000 MG _____	67			
aminocaproic acid TABS PO 500 MG _____	67			
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 _____	26			
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil PO _____	26			
amlodipine besylate-valsartan PO	.27			
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide PO _____	27			
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	.57			
AMONDYS 45 _____	84			
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 ___	94	atenolol TABS PO _____	42
APLIGRAF DISK _____	57	ARNUIITY ELLIPTA _____	11	ATGAM _____	78
APOKYN SOCT _____	36	AROMASIN PO (Use exemestane) .	32	ATIVAN TABS PO (Use lorazepam) .	9
apomorphine hydrochloride SOCT	36	arsenic trioxide _____	35	atomoxetine hcl PO _____	1
APO-VARENICLINE TABS PO ___	93	ARZERRA _____	31	atorvastatin calcium TABS PO ___	25
apraclonidine hcl _____	86	ASACOL HD TBEC PO (Use mesalamine) _____	63	ATRIPLA PO (Use efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39
APRISO CP24 (Use mesalamine) .	63	ascorbic acid TABS PO _____	100	atropine sulfate (ophthalmic) OINT	86
APTIVUS CAPS _____	39	ASMANEX HFA AERO _____	11	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN	86
AQINJECT PEN NEEDLE _____	71	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 .	66	ASPIRIN SUPP PR 300 MG _____	6	AUBAGIO PO (Use teriflunomide) .	93
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY .	66	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 _____	90
ARCALYST _____	3	ASSESS PEAK FLOW METER ___	72	AUGMENTIN TABS PO 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	90
ARESTIN _____	80	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES _____	71	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE _____	71
AREXVY _____	97	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES .	71	AUM PEN NEEDLE _____	71
ARICEPT TABS PO 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) ___	92	ATACAND HCT PO (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____	27	AUUI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML .	100
ARIKAYCE _____	2	ATACAND PO (Use candesartan cilexetil) _____	26	AUUI-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 _____	38	atazanavir sulfate CAPS PO 300 MG .	39	AVAPRO PO (Use irbesartan) _____	26
aripiprazole TABS PO _____	38	ATELVIA TBEC PO (Use risedronate sodium) _____	60	AVEED SOLN _____	8
aripiprazole TBDP PO _____	38	atenolol & chlorthalidone PO _____	27		
ARISTADA _____	38				
ARISTADA INITIO _____	38				
ARIXTRA (Use fondaparinux sodium) _____	12				

AVONEX PEN AJKT _____	93	sulfasalazine) _____	63	BELBUCA FILM _____	8
AVONEX PREFILLED PSKT _____	93	b complex w/ c CAPS PO _____	80	BELEODAQ _____	33
AVSOLA _____	63	B-1 TABS PO _____	100	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) _____	86	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD PO (Use diphenhydramine hcl)	23
azacitidine SUSR _____	30	bacitracin (topical) OINT _____	51	BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS PO _____	23
azathioprine TABS PO 50 MG ____	78	bacitracin zinc OINT _____	51	BENADRYL ALLERGY TABS PO (Use diphenhydramine hcl) _____	23
azathioprine TABS PO 75 MG, 100 MG _____	78	bacitracin-polymyxin b (ophth) ____	86	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	BAFIERTAM _____	93
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	83	BALSALAZIDE DISODIUM CAPS PO ____	63	BALVERSA _____	33
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	83	BANZEL SUSP (Use rufinamide) .	13	BANZEL TABS PO (Use rufinamide) .	13
azithromycin PACK PO _____	69	BAVENCIO _____	31	BCG VACCINE _____	97
azithromycin SUSR PO 100 MG/5ML	69	b-complex vitamins CAPS PO ____	80	b-complex vitamins TABS PO ____	80
azithromycin SUSR PO 200 MG/5ML	70	b-complex w/ c & folic acid CAPS PO	80	b-complex w/ c & folic acid TABS PO	80
azithromycin TABS PO 250 MG ____	70	BD GLUCOSE CHEW PO _____	18	BD PEN NEEDLES _____	71
azithromycin TABS PO 500 MG ____	70	BENEFIX KIT _____	65	BENICAR HCT PO (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) ____	27
azithromycin TABS PO 600 MG ____	70	BENICAR PO (Use olmesartan medoxomil) _____	26	BENLYSTA SOAJ _____	79
AZO URINARY PAIN RELIEF TABS PO (Use phenazopyridine hcl) ____	64	BENLYSTA SOLR _____	79	BENLYSTA SOSY _____	79
AZOPT (Use brinzolamide) _____	88	BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____	50	BENZNIDAZOLE _____	9
AZOR PO (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____	27				
AZULFIDINE EN-TABS TBEC PO (Use sulfasalazine) _____	63				
AZULFIDINE TABS PO (Use					

benzonatate PO 100 MG _____	47	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 _____	50	BEYFORTUS _____	90	bortezomib SOLR IJ _____	34
benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	50	bicalutamide PO _____	32	bosentan TABS _____	44
benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	50	BIKTARVY _____	39	BOSULIF TABS _____	34
benztropine mesylate TABS PO _____	36	BI-MIX SOLR _____	44	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO _____	82
BEOVU SOLN _____	86	BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	57	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE SOLN PO _____	82
BERINERT KIT _____	65	BIOLYTE SOLN PO _____	77	BRAFTOVI PO 75 MG _____	34
BESPONSA _____	31	BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT _____	70	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC _____	72
BESREMI _____	35	BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SOLN _____	80	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC _____	72
betaine PO _____	61	BIOTHRAX _____	97	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	72
betamethasone dipropionate (topical) CREA _____	53	bisacodyl SUPP PR _____	69	BREYANZI _____	32
betamethasone dipropionate augmented CREA _____	53	bisacodyl TBEC PO _____	69	BRIDION SOLN _____	22
betamethasone valerate CREA _____	53	bismuth subsalicylate CHEW PO 262 MG _____	21	BRILINTA PO _____	66
betamethasone valerate LOTN _____	53	bismuth subsalicylate SUSP PO 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML _____	21	brimonidine tartrate 0.2 % _____	86
betamethasone valerate OINT _____	53	bisoprolol & hydrochlorothiazide PO . 27		BRINEURA _____	61
BETAPACE AF PO (Use sotalol hcl (afib/af)) _____	43	bisoprolol fumarate PO _____	42	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 .36	
bethanechol chloride PO _____	97	BLENREP _____	31	bromocriptine mesylate TABS PO 2.5 MG _____	36
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	93	CAFFEINE CITRATED POWD _____	1
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 94		bupropion hcl TABS PO	15	CALAN SR TBCR PO (Use verapamil hcl) _____	43
BRUKINSA _____	34	bupropion hcl TB12 PO 100 MG ...	15	calcipotriene CREA _____	52
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC _____	72	bupropion hcl TB12 PO 150 MG ...	15	calcipotriene SOLN _____	52
budesonide (inhalation) SUSP ____	11	bupropion hcl TB12 PO 200 MG ...	15	calcitonin (salmon) IJ _____	60
budesonide-formoterol fumarate dihydrate _____	11	bupropion hcl TB24 PO 150 MG ...	15	calcitonin (salmon) NA _____	60
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____	11	bupropion hcl TB24 PO 300 MG ...	15	calcitriol CAPS PO _____	61
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____	11	buspirone hcl PO 15 MG	9	CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS PO _____	76
BUFFERIN PO (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6	buspirone hcl PO 5 MG, 10 MG	9	calcium acetate (phosphate binder) CAPS PO _____	64
bumetanide TABS PO _____	59	buspirone hcl PO 7.5 MG, 30 MG	9	calcium carbonate (antacid) CHEW PO 500 MG _____	9
BUMEX TABS PO 0.5 MG (Use bumetanide) _____	59	butalbital-acetaminophen TABS PO 50 MG-325 MG _____	5	calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG _____	77
BUPHENYL POWD PO (Use sodium phenylbutyrate) _____	61	butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS PO 40 MG-50 MG-325 MG _	5	calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG ____	77
BUPHENYL TABS PO (Use sodium phenylbutyrate) _____	61	butalbital-acetaminophen-caffeine TABS PO 40 MG-50 MG-325 MG _	5	calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT _____	77
BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl) _____	8	butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine PO 30 MG-40 MG-50 MG- 325 MG _____	7	calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO 600 MG-200 UNIT _____	77
buprenorphine hcl SOLN _____	8	butalbital-aspirin-caffeine CAPS PO	5	calcium carbonate-cholecalciferol TABS PO _____	68
buprenorphine hcl SUBL _____	8	butalbital-aspirin-caffeine w/cod PO	7	CALQUENCE _____	34
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____	8	BYLVAY (PELLETS) CPSP _____	63	CALTRATE 600+D3 TABS PO (Use calcium carbonate-cholecalciferol)	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____	8	BYLVAY CAPS _____	63	CALTRATE BONE HEALTH TABS PO (Use calcium carbonate- cholecalciferol) _____	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL _____	8	CABLIVI _____	66	camphor & menthol LOTN _____	52
		CABOMETYX TABS PO 20 MG, 60 MG _____	34	CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl)	
		CABOMETYX TABS PO 40 MG _	34		
		CAFECIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use caffeine citrate) _____	1		
		CAFERGOT TABS PO (Use ergotamine w/ caffeine) _____	75		
		caffeine citrate SOLN PO _____	1		

36	carbidopa-levodopa TABS PO ____	36	(Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____	61
CAMZYOS _____	44	carbidopa-levodopa TBCR PO ____	36	CARNITOR TABS PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) .
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) _____
capecitabine PO _____	30	CARDIZEM CD CP24 PO 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _	43	carvedilol phosphate PO _____
CAPHOSOL SOLN _____	80	CARDIZEM TABS PO 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _	43	carvedilol PO 25 MG _____
CAPRELSA PO _____	34	CARDURA PO (Use doxazosin mesylate) _____	26	carvedilol PO 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____
capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % .	55	CARESENS N GLUCOSE TEST STRP _____	57	CARVYKTI _____
capsaicin CREA 0.1 % _____	55	CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT _____	57	CASODEX PO (Use bicalutamide)
captopril & hydrochlorothiazide PO 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG _____	27	CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____	72	32
captopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-50 MG _____	27	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC _____	72	CASTIVA WARMING LOTN _____
captopril PO _____	26	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____	72	CAYSTON _____
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____	55	CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC _____	72	cefaclor CAPS PO _____
CAPZASIN-P CREA _____	55	CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC _____	72	cefaclor SUSR PO 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____
CARAC CREA _____	52	CARETOUCH TEST STRP _____	57	cefadroxil CAPS PO _____
CARAFATE SUSP PO (Use sucralfate) _____	96	CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC _____	73	cefadroxil SUSR PO _____
CARAFATE TABS PO (Use sucralfate) _____	96	carglumic acid _____	61	cefadroxil TABS PO _____
CARBAGLU (Use carglumic acid) .	61	CARNITOR SF SOLN PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) .	61	cefdinir CAPS PO _____
carbamazepine CHEW PO 100 MG .	13	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML		cefdinir SUSR PO _____
carbamazepine SUSP PO _____	13			cefixime CAPS PO _____
carbamazepine TABS PO _____	13			cefprozil SUSR PO _____
carbamazepine TB12 PO _____	13			cefprozil TABS PO _____
carbamide peroxide (otic) 6.5 % ____	89			ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____
carbidopa PO _____	36			cefuroxime axetil TABS PO _____
				CELEXA TABS PO 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____
				CELEXA TABS PO 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____
				CELEXA TABS PO 40 MG (Use

citalopram hydrobromide)_____ 16	chlordiazepoxide hcl CAPS PO ___ 9	cholestyramine light PACK PO ___ 24
CELLCEPT CAPS PO (Use mycophenolate mofetil)_____ 78	chlorhexidine gluconate (mouth- throat)_____ 79	cholestyramine light POWD PO __ 24
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil)_____ 78	chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %39	cholestyramine PACK PO_____ 24
CELLCEPT TABS PO (Use mycophenolate mofetil)_____ 78	chloroquine phosphate TABS PO 250 MG _____ 29	cholestyramine POWD PO _____ 24
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 _____ 54
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 .59	CIMDUO _____ 39
CERDELGA _____ 66	CHLOR-TRIMETON SYRP PO (Use chlorpheniramine maleate)_____ 23	cimetidine hcl PO 300 MG/5ML ___ 95
CEREZYME 400 UNIT _____ 66	CHLOR-TRIMETON TABS PO (Use chlorpheniramine maleate)_____ 23	cimetidine TABS PO _____ 95
cetirizine hcl CHEW PO _____ 23	chlorzoxazone TABS PO 500 MG .83	cinacalcet hcl PO _____ 61
cetirizine hcl SOLN PO _____ 23	CHOLBAM _____ 63	CINQAIR _____ 10
cetirizine hcl SYRP PO _____ 23	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 _____ 60	cholecalciferol LIQD PO _____ 100	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ___ 87
CETROTIDE (Use cetrorelix acetate) .....60		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 _____ 57		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)) _____ 50	clonidine hcl (adhd) TB12 PO _____ 1
cladribine 10 MG/10ML _____ 30	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) _____ 62	clopidogrel bisulfate PO 75 MG _____ 66
clarithromycin SUSR PO 250 MG/5ML _____ 70	CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____ 50	clorazepate dipotassium TABS PO .9
clarithromycin TABS PO _____ 70	clindamycin hcl PO 150 MG, 300 MG _____ 29	clotrimazole (topical) CREA _____ 51
clarithromycin TB24 PO _____ 70	clindamycin palmitate hydrochloride PO _____ 29	clotrimazole (topical) SOLN _____ 51
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN PO (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate (topical) GEL 50	clotrimazole vaginal CREA 1 % _____ 99
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP PO (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate (topical) LOTN _____ 50	clotrimazole vaginal CREA 2 % _____ 99
CLARITIN REDITABS TBDP PO 10 MG (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate (topical) SOLN _____ 51	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____ 51
CLARITIN REDITABS TBDP PO 5 MG (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate vaginal CREA _____ 99	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____ 51
CLARITIN SOLN PO (Use loratadine) _____ 24	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT _____ 57	clozapine TABS PO _____ 38
CLARITIN TABS PO (Use loratadine) _____ 24	clobetasol propionate CREA 0.05 % . 53	CLOZARIL TABS PO (Use clozapine) _____ 38
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 PO (Use loratadine & pseudoephedrine) . 48	clobetasol propionate emollient base 0.05 % _____ 53	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC _____ 73
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 PO (Use loratadine & pseudoephedrine) . 48	clobetasol propionate GEL 0.05 % 53	COAGADDEX _____ 65
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT _____ 57	clobetasol propionate OINT 0.05 % 53	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) _____ 69
		COLACE CLEAR CAPS PO (Use docusate sodium) _____ 69
		COLAZAL CAPS PO (Use balsalazide disodium) _____ 63
		colchicine TABS PO _____ 65
		colchicine w/ probenecid PO _____ 65

COLCRYS TABS PO (Use colchicine) _____	65	CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT _____	70	CREON CPEP PO _____	59
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD PO _____	48	CONTOUR PLUS BLUE KIT _____	70	CRESTOR TABS PO (Use rosuvastatin calcium) _____	25
COLESTID FLAVORED GRAN PO (Use colestipol hcl) _____	24	CONTOUR PLUS TEST STRP _____	57	cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____	83
COLESTID GRAN PO (Use colestipol hcl) _____	24	COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____	93	cromolyn sodium (ophth) _____	88
COLESTID TABS PO (Use colestipol hcl) _____	24	COPIKTRA PO _____	34	cromolyn sodium NEBU _____	10
colestipol hcl GRAN PO _____	24	COREG CR PO (Use carvedilol phosphate) _____	42	crotamiton LOTN _____	56
colestipol hcl TABS PO _____	24	COREG PO 25 MG (Use carvedilol) _____	42	CRYSVITA _____	61
COMBIPATCH PTTW _____	62	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 _____	57
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 _____	18
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT _____	34	CORTEF TABS PO (Use hydrocortisone) _____	47	CVS GLUCOSE PO _____	18
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES _____	71	CORTENEMA PR (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	CVS LANOLIN CREA _____	56
COMIRNATY SUSP _____	97	CORTISONE ACETATE TABS PO _____	47	CVS SOFT GLUCOSE CHEW PO _____	18
COMIRNATY SUSY _____	97	CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____	57	CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP _____	57
COMPLERA _____	39	COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate) _____	86	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	66
CONCERTA TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	cosyntropin SOLR _____	57	cyclobenzaprine hcl TABS PO 5 MG, 10 MG _____	83
CONCERTA TBCR PO 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	COTELLIC _____	34	cyclobenzaprine hcl TABS PO 7.5 MG _____	83
CONDOMS-MISC _____	70	COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT _____	57	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl) _____	86
CONTOUR NEXT EZ KIT _____	70	COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	57	CYCLOGYL 0.5 % _____	86
		COZAAR PO (Use losartan potassium) _____	26	CYCLOGYL 2 % _____	86
				cyclopentolate hcl 0.5 % _____	86
				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 _____ 78	dapagliflozin propanediol PO ____ 21	deferiprone TABS _____ 22
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS PO _____ 78	dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-10 MG _____ 18	deferoxamine mesylate _____ 22
cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN PO _____ 78	dapagliflozin propanediol-metformin hcl PO 1000 MG-5 MG _____ 18	DEFITELIO _____ 66
cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML . 78	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 _____ 64
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) _____ 63
cyproheptadine hcl TABS PO ____ 24	dasatinib _____ 34	DEMSEER PO (Use metyrosine) __ 26
CYRAMZA _____ 31	DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl) _____ 33	DENGVAXIA _____ 97
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 _____ 30	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) _____ 94	DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____ 89	DEPEN TITRATABS TABS PO (Use penicillamine) _____ 78
CYTOTEC PO (Use misoprostol) . 96		
dabigatran etexilate mesylate CAPS		

DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	46	DESOWEN CREA (Use desonide) 54	DEXCOM G7 SENSOR _____	70	
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	47	desoximetasone CREA 0.05 % ____	DEXEDRINE CP24 PO 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) _____	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____	47	desoximetasone CREA 0.25 % ____	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 _____	35
DESCOVY 120 MG-15 MG ____	39	desvenlafaxine succinate PO 25 MG, 50 MG _____	17	DEXTENZA INST _____	87
DESCOVY 200 MG-25 MG ____	39	DETROL LA CP24 PO (Use tolterodine tartrate) _____	96	dextroamphetamine sulfate CP24 PO _____	1
DEFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) _____	22	DETROL TABS PO (Use tolterodine tartrate) _____	96	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 _____	48
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 _____	48
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) _____	87	dextromethorphan-guaifenesin SYRP PO 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	48
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 _____	48
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 _____	70		
		DEXCOM G7 RECEIVER _____	70		

DEXYCU SUSP IO _____	87	dicyclomine hcl CAPS PO _____	95	240 MG _____	43
DHIVY TABS PO _____	36	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 _____	43
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 _____	43
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)) _____	12	digoxin TABS PO 125 MCG, 250 MCG _____	44	DIOVAN HCT PO (Use valsartan-hydrochlorothiazide) _____	27
DIASTAT PEDIATRIC GEL PR (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	12	dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML _____	76	DIOVAN TABS PO (Use valsartan)	26
diazepam (anticonvulsant) GEL PR 10 MG _____	12	DILANTIN INFATABS CHEW PO (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS PO 50 MG _____	68
diazepam (anticonvulsant) GEL PR 12 _____		DILANTIN PO (Use phenytoin sodium extended) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 25 MG _____	68
diazepam SOLN PO 5 MG/5ML _____	9	DILANTIN PO _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS PO 50 MG _____	68
diazepam TABS PO _____	9	DILANTIN SUSP PO (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl CAPS PO _____	23
dibucaine _____	55	.....	14	diphenhydramine hcl ELIX PO 12.5 MG/5ML _____	23
dichlorphenamide PO _____	59	DILANTIN-125 SUSP PO (Use phenytoin) _____	14	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	21
diclofenac sodium TBEC PO _____	4	diltiazem hcl coated beads CP24 PO		diphenoxylate w/ atropine TABS PO .	
dicloxacillin sodium PO _____	90				

21	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 _____	69	dimenhydrinate) _____
73		docusate sodium CAPS PO 50 MG .		DRISDOL CAPS PO (Use
DISPOSABLE LOW		69		ergocalciferol) .....100
RANGE/PEDIATRIC MISC _____	73	docusate sodium LIQD PO 50		drosiprenone-ethinyl estradiol PO .
DISPOSABLE PAPER MISC ____	73	MG/5ML, 100 MG/10ML _____	69	DROXIA CAPS _____
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE		DOCUSATE SODIUM SYRP PO .	69	droxidopa _____
MISC _____	73	docusate sodium TABS PO ____	69	DRYSOL SOLN _____
disulfiram PO 250 MG _____	92	dofetilide PO _____	10	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC
DITROPAN XL TB24 PO 5 MG, 10		DOJOLVI _____	85	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		.....52		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	71
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 _____ 57	EFFIENT PO (Use prasugrel hcl) . 66	EMTRIVA CAPS PO (Use emtricitabine) _____ 39
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT _____ 70	EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____ 52	EMTRIVA SOLN _____ 39
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP _____ 57	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 _____ 57	ELIDEL (Use pimecrolimus) ____ 55	enalapril maleate TABS PO ____ 26
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP _____ 57	ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____ 32	ENDARI (Use glutamine (sickle cell)) 66
EBASE CONTROLLER KIT MISC .73	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____ 32	ENFAMIL ENFALYTE SOLN PO _ 77
econazole nitrate CREA _____ 51	ELIMITE CREA (Use permethrin) . 56	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML__ 97
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC PO (Use aspirin) _____ 6	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPk _____ 12	ENGERIX-B SUSY _____ 97
ECOTRIN TBEC PO (Use aspirin) . 6	ELIQUIS TABS _____ 12	ENHERTU _____ 31
ED BRON GP LIQD PO _____ 49	ELLA PO _____ 46	ENJAYMO _____ 66
edaravone SOLN _____ 84	ELLECE 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 _____ 78
efavirenz CAPS PO 50 MG ____ 39	EMBRACE PEN NEEDLES ____ 71	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) 39

EPIVIR TABS PO 150 MG (Use lamivudine) _____	39	erythromycin base CPEP PO _____	70	estradiol vaginal CREA _____	99
EPIVIR TABS PO 300 MG (Use lamivudine) _____	39	erythromycin base TABS PO _____	70	estradiol vaginal TABS _____	99
EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	66	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) _____	39	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 _____	75	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 _____	39
ERLEADA 60 MG _____	32	esomeprazole magnesium CPDR PO 20 MG _____	96	etravirine PO 200 MG _____	39
erlotinib hcl _____	32	ESPEROCT _____	65	EUFLEXXA SOSY _____	83
ertapenem sodium IJ _____	28	ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal) _____	99	EULEXIN PO _____	32
ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid)) _____	51	ESTRACE TABS PO (Use estradiol) _____	62	EVAC POWD PO (Use psyllium) _____	68
ERYPED 200 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	70	estradiol & norethindrone acetate TABS PO _____	62	EVENITY _____	60
ERYPED 400 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	70	estradiol PTTW _____	62	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) _____	60
				EVKEEZA _____	24
				EVOMELA IV _____	30
				EVRYSDI _____	84
				EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) _____	92

exemestane PO _____	32	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	43	FERROUS SULFATE TBEC PO (Use ferrous sulfate) _____
EXKIVITY _____	32	FEMARA PO (Use letrozole) ____	32	ferrous sulfate TBEC PO _____
EXONDYS 51 _____	84	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 _____	95	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 .	95	FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 22		FLAVOR SWEET SYRP PO ____
FARESTON PO (Use toremifene citrate) _____	32	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 _____	97	fluorouracil (topical) CREA 5 % ____	52
FLEET SALINE ENEMA ENEM PR (Use sodium phosphates) _____	69	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____	97	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)	64	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 _____	81	fluconazole TABS PO 50 MG ____	23	fluphenazine hcl TABS PO _____	38
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW PO 1 MG _____	81	fludarabine phosphate SOLN ____	31	flurazepam hcl PO _____	68
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN PO	81	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN _____	31	flurbiprofen sodium _____	88
FLORIVA PLUS SOLN PO _____	81	fludarabine phosphate SOLR ____	31	flurbiprofen TABS PO _____	4
FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	11	fludrocortisone acetate TABS PO .47		flutamide PO _____	32
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 _____	97	FLUMIST _____	98	fluticasone propionate CREA 0.05 % .54	
FLUAD QUADRIVALENT _____	97	FLUMIST QUADRIVALENT _____	98	fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____	11
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	97	flunisolide (nasal) _____	84	fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____	11
FLUARIX SUSY _____	97	fluocinolone acetonide (otic) _____	89	fluticasone propionate OINT _____	54
FLUBLOK QUADRIVALENT ____	97	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 _____	11
		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 ____	87		
		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 .	39	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)) _____	87	FRAGMIN SOSY _____	12	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____	83
FML OINT _____	87	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 _____	66	FREESTYLE LIBRE 2 READER .	71	galantamine hydrobromide TABS PO	92
folic acid TABS PO 400 MCG, 800 MCG _____	66	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 _____	78
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 3 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	83	GAMUNEX-C _____	89
formaldehyde SOLN 10 % _____	39	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	73	GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	60
FORTEO SOPN (Use teriparatide) 60		furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML _____	59	ganirelix acetate _____	60
		furosemide TABS PO _____	59	GARDASIL 9 SUSP _____	98
		FUZEON SOLR _____	39	GARDASIL 9 SUSY _____	98

GATTEX _____	64	glimepiride PO 1 MG, 2 MG _____	21	CHEW PO _____	19
GAUZE SPONGES _____	70	glimepiride PO 4 MG _____	21	GOCOVRI CP24 _____	36
GAVRETO _____	34	glipizide TABS PO _____	21	GOJJI BLOOD KETONE TEST __	58
GAZYVA _____	31	glipizide TB24 PO _____	21	GOLYTELY SOLR PO (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	68
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 _____	60
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 _____	66
gentamicin sulfate (ophth) OINT __	87	GLUCOTROL XL TB24 PO (Use glipizide) _____	21	GRANIX SOSY _____	66
gentamicin sulfate (ophth) SOLN _	87	glutamine (sickle cell) _____	66	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 _	22
gentamicin sulfate (topical) OINT .	51	glyburide TABS PO _____	21	griseofulvin microsize TABS PO __	22
GENVISC 850 SOSY _____	83	glyburide-metformin PO _____	18	griseofulvin ultramicrosize PO ____	22
GENVOYA _____	39	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 ____	59
HAEGARDA SOLR SC _____	66	HIZENTRA SOLN _____	89	hydrochlorothiazide TABS PO 25 MG, 50 MG _____	59
HALAVEN (Use eribulin mesylate) . 36		HIZENTRA SOSY _____	89	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) _____	37	HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC _____	73	hydrocodone-acetaminophen SOLN PO 325 MG/15ML-10 MG/15ML ____	7
haloperidol decanoate _____	37	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 ____	37	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 ____	37	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 _____	60	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 COVID-19 RAPID TEST KIT _____ 58
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____ 54	HYPERHEP B SOLN IM _____ 89	ILARIS SOLN _____ 4
hydrocortisone TABS PO _____ 47	HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT _____ 89	ILUMYA _____ 52
hydrocortisone vaginal _____ 99	HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT _____ 89	ILUVIEN _____ 87
hydrocortisone w/ acetic acid _____ 89	HYQVIA _____ 90	imatinib mesylate PO _____ 34
HYDROMORPHONE HCL SUPP PR _____ 6	HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ____ 3	IMBRUVICA CAPS _____ 34
hydromorphone hcl TABS PO 2 MG, 4 MG _____ 6	HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ____ 3	IMBRUVICA TABS _____ 34
hydromorphone hcl TABS PO 8 MG . 6	HYRONAN KIT _____ 83	IMCIVREE _____ 1
hydroxychloroquine sulfate PO 200 MG _____ 29	HY-VEE GLUCOSE PO _____ 19	IMFINZI _____ 31
hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____ 32	HYZAAR PO (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) .27	imipramine hcl TABS PO _____ 18
hydroxyprogesterone caproate OIL 92	ibandronate sodium SOLN _____ 60	imiquimod 5 % _____ 55
hydroxyurea PO _____ 35	IBRANCE CAPS _____ 34	IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____ 76
hydroxyzine hcl SYRP PO _____ 9	IBRANCE TABS _____ 34	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 76
hydroxyzine hcl TABS PO _____ 9	ibuprofen CHEW PO _____ 4	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 76
hydroxyzine pamoate CAPS PO ____ 9	ibuprofen lysine _____ 4	IMITREX TABS PO (Use sumatriptan succinate) _____ 76
HYMOVIS _____ 83	ibuprofen SUSP PO 100 MG/5ML _ 4	IMLYGIC _____ 36
hyoscyamine sulfate ELIX PO ____ 95	ibuprofen SUSP PO 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4	IMODIUM A-D CAPS PO (Use loperamide hcl) _____ 21
HYOSCYAMINE SULFATE POWD 95	ibuprofen TABS PO 200 MG _____ 4	IMODIUM A-D TABS PO (Use loperamide hcl) _____ 21
hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML _____ 95	ibuprofen TABS PO 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4	IMOVAX RABIES SUSR _____ 98
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG _____ 95	icatibant acetate SOSY _____ 65	IMURAN TABS PO (Use azathioprine) _____ 79
hyoscyamine sulfate TABS PO 0.125 MG _____ 95	ICLUSIG PO _____ 34	INCRELEX _____ 61
hyoscyamine sulfate TB12 PO 0.375 MG _____ 95	IDELVION _____ 65	INCRUSE ELLIPTA _____ 10
	IDHIFA _____ 34	indapamide TABS PO 1.25 MG, 2.5 MG _____ 59
	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 44	
	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP _____ 58	

INDERAL LA CP24 PO (Use propranolol hcl) _____ 43	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 20	ipratropium bromide SOLN 0.02 % 10
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT _____ 58	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 20	ipratropium-albuterol SOLN _____ 11
INDOCIN SUSP PO (Use indomethacin) _____ 4	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN _____ 20	irbesartan PO _____ 26
indomethacin CAPS PO 25 MG, 50 MG _____ 4	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____ 20	irbesartan-hydrochlorothiazide PO 27
indomethacin sodium _____ 4	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN _____ 20	IRESSA (Use gefitinib) _____ 32
INDOMETHACIN SODIUM _____ 4	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____ 20	irinotecan hcl _____ 36
indomethacin SUPP PR _____ 4	INSULIN SYRINGES _____ 71	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW PO _____ 67
indomethacin SUSP PO _____ 4	INSULIN SYRINGES-MISC _____ 71	IRON TABS PO 28 MG _____ 67
INFANRIX _____ 95	INSUPEN PEN NEEDLES _____ 71	ISENTRESS CHEW 100 MG ____ 40
INFANTS ADVIL SUSP PO (Use ibuprofen) _____ 4	INTELENCE PO 100 MG (Use etravirine) _____ 40	ISENTRESS CHEW 25 MG ____ 40
INLYTA _____ 31	INTELENCE PO 200 MG (Use etravirine) _____ 40	ISENTRESS HD TABS PO _____ 40
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____ 73	INTELENCE PO 25 MG _____ 39	ISENTRESS PACK PO _____ 40
INQOVI _____ 33	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____ 58	ISENTRESS TABS PO _____ 40
INREBIC _____ 34	INTUNIV PO (Use guanfacine hcl (adhd)) _____ 1	isoniazid SYRP PO _____ 30
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUPN _____ 20	INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) . 28	isoniazid TABS PO _____ 30
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN . 20	INVEGA HAFYERA _____ 37	ISOPTO ATROPINE SOLN _____ 86
INSULIN ASPART PENFILL SOCT . 20	INVEGA SUSTENNA _____ 37	ISORDIL TITRADOSE TABS PO 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____ 9
INSULIN ASPART PROT & ASPART SUSP _____ 20	INVEGA TRINZA _____ 37	isosorbide dinitrate TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____ 9
INSULIN ASPART SOLN IJ _____ 20	IOPIDINE _____ 86	isosorbide mononitrate TABS PO __ 9
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 100 UNIT/ML _____ 20	IPOL _____ 98	isosorbide mononitrate TB24 PO __ 9
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML _____ 20	ipratropium bromide (nasal) 0.03 % . 84	isotretinoin PO 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____ 51
INSULIN DEGLUDEC SOLN ____ 20	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % . 84	ISTODAX SOLR (Use romidepsin) 34
		ISTURISA _____ 59
		ITCH RELIEF CREA _____ 52
		itraconazole CAPS PO _____ 23
		IXEMPRA KIT _____ 36
		IXIARO _____ 98

IXINITY SOLR _____	65	hcl) _____	18	KEVEYIS PO (Use dichlorphenamide) _____	59
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	22	KCENTRA _____	65	KEY-E CHEW PO _____	100
JADENU TABS PO (Use deferasirox)	22	KEMOPLAT SOLN _____	30	KEYTRUDA _____	31
JAKAFI _____	34	KEPIVANCE 5.16 MG _____	35	KHAPZORY _____	35
JANSSEN COVID-19 VACCINE _	98	KEPIVANCE 6.25 MG _____	35	KIMMTRAK _____	31
JEMPERLI _____	31	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE PREMAX SOLN PO 77	
JEVTANA _____	36	KEPPRA TABS PO 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE SOLN PO _____	77
JIVI _____	65	KEPPRA TABS PO 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINERET SOSY _____	4
JULUCA _____	40	KEPPRA TABS PO 500 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINRIX SUSY _____	95
JUXTAPID PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	25	KEPPRA XR TB24 PO (Use levetiracetam) _____	13	KISQALI (200 MG DOSE) _____	34
JYNARQUE TABS _____	62	KERALYT GEL (Use salicylic acid) 55		KISQALI (400 MG DOSE) _____	34
JYNARQUE TBPK _____	62	KERALYT GEL _____	55	KISQALI (600 MG DOSE) _____	34
JYNNEOS _____	98	KESIMPTA _____	93	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) . 33	
KADCYLA _____	31	ketoconazole (topical) CREA ____	51	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) . 33	
KALBITOR _____	66	ketoconazole (topical) SHAM 2 %	.51	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) . 33	
KALETRA SOLN PO (Use lopinavir- ritonavir) _____	40	KETONE TEST STRP _____	58	KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2
KALETRA TABS PO 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	40	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	88	KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	51
KALETRA TABS PO 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	40	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	88	KLONOPIN TABS PO (Use clonazepam) _____	13
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	94	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4	KOATE SOLR _____	65
KALYDECO PACK 5.8 MG _____	94	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	4	KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	65
KALYDECO TABS _____	94	ketorolac tromethamine TABS PO _	4	KOGENATE FS KIT _____	65
KANJINTI 420 MG _____	32	KETOSTIX STRP _____	58	KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC _____	73
KANUMA _____	61	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 % 88		KOMBIGLYZE XR PO (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	18
KAPVAY TB12 PO (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1				
KAZANO (Use alogliptin-metformin					

KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	19	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	52	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	.31
KOSELUGO _____	34	lamivudine SOLN PO _____	40	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	.31
KOVALTRY _____	65	lamivudine TABS PO 150 MG ____	40	LENVIMA (14 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 (18 MG DAILY DOSE)	.31
KRINTAFEL _____	29	lamivudine-zidovudine PO _____	40	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	.31
KROGER GLUCOSE PO _____	19	lamotrigine CHEW PO _____	13	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ..	.31
KRYSTEXXA _____	65	lamotrigine TABS PO _____	13	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	31
K-TAB TBCR PO 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	78	lamotrigine TABS PO _____	13	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	31
KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61	lamotrigine TB24 PO _____	13	LEQVIO _____	25
KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61	LANCETS-MISC _____	71	LETAIRIS PO (Use ambrisentan) .	44
KYPROLIS _____	34	LANCING DEVICE-MISC _____	71	letrozole PO _____	32
labetalol hcl TABS PO 100 MG ____	42	lanolin (topical) CREA _____	56	leucovorin calcium TABS PO	35
labetalol hcl TABS PO 200 MG ____	42	lanolin XX _____	91	LEUKERAN PO _____	30
labetalol hcl TABS PO 300 MG ____	42	LANOLIN XX _____	91	LEUKINE SOLR IJ _____	67
lactic acid (ammonium lactate) CREA	55	LANOLOR CREA _____	56	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML	32
lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	55	LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) .	44	LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE _____	32
lactulose (encephalopathy) PO ____	64	LANOXIN TABS PO 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____	44	levabuterol tartrate _____	11
lactulose SOLN PO _____	69	lansoprazole CPDR PO 15 MG ____	96	LEVVID TB12 PO (Use hyoscyamine sulfate) _____	95
LAMICTAL CHEW PO (Use lamotrigine) _____	13	lansoprazole CPDR PO 30 MG ____	96	levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML _____	13
LAMICTAL TABS PO (Use lamotrigine) _____	13	lapatinib ditosylate _____	34	levetiracetam TABS PO 1000 MG .	13
LAMICTAL XR TB24 PO (Use lamotrigine) _____	13	LASIX TABS PO (Use furosemide) 59		levetiracetam TABS PO 250 MG, 750 MG _____	13
LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	52	latanoprost SOLN _____	88	levetiracetam TABS PO 500 MG _	13
		LATANOPROST SOLN _____	88	levetiracetam TB24 PO _____	13
		LATUDA PO (Use lurasidone hcl) ..	37	levobunolol hcl 0.5 % _____	86
		LEADER GLUCOSE PO 6 MG-4 GM 19		levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN PO 1 GM/10ML _____	61
		LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW PO _____	19	levocarnitine (metabolic modifiers)	
		leflunomide PO _____	5		
		lenalidomide PO _____	78		

TABS PO _____	61	lidocaine hcl CREA 3 % _____	55	LIVMARLI _____	63
levocetirizine dihydrochloride TABS PO _____	24	lidocaine hcl CREA 4 % _____	55	LIVTENCITY _____	41
levofloxacin TABS PO _____	63	lidocaine hcl GEL 2 % _____	55	LMX 4 CREA (Use lidocaine) _____	55
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML _____	35	lidocaine OINT _____	55	LODINE TABS PO (Use etodolac) _____	4
levoleucovorin calcium SOLR _____	35	lidocaine-prilocaine CREA _____	55	LODOSYN PO (Use carbidopa) _____	36
levonorgestrel & eth estradiol TABS PO _____	46	LIORESAL SOLN IT (Use baclofen) 83		LOHIST-D LIQD PO _____	49
levonorgestrel (emergency oc) PO 1.5 MG _____	46	LIORESAL SOLN IT _____	83	LOMOTIL TABS PO (Use diphenoxylate w/ atropine) _____	21
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) PO _____	46	liothyronine sodium TABS PO _____	95	LONGS GLUCOSE PO _____	19
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) PO 0.03 MG-0.15 MG _____	46	LIPITOR TABS PO (Use atorvastatin calcium) _____	25	LONSURF _____	33
levothyroxine sodium TABS PO _____	94	liraglutide _____	20	loperamide hcl CAPS PO _____	21
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use hyoscyamine sulfate) _____	95	lisdexamphetamine dimesylate CAPS PO _____	1	loperamide hcl TABS PO _____	22
LEVULAN KERASTICK SOLR _____	52	lisinopril & hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG _____	27	LOPID TABS PO (Use gemfibrozil) 25	
LEXAPRO TABS PO 10 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	lisinopril & hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG _____	27	lopinavir-ritonavir SOLN PO _____	40
LEXAPRO TABS PO 20 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	lisinopril TABS PO 2.5 MG _____	26	lopinavir-ritonavir TABS PO 25 MG- 100 MG _____	40
LEXAPRO TABS PO 5 MG (Use escitalopram oxalate) _____	16	lisinopril TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	26	lopinavir-ritonavir TABS PO 50 MG- 200 MG _____	40
LEXIVA SUSP PO _____	40	LITETOUCH MASK LARGE MISC _____	73	LOPRESSOR TABS PO 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____	42
LEXIVA TABS PO (Use fosamprenavir calcium) _____	40	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC _____	73	LOPRESSOR TABS PO 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____	42
LIALDA TBEC PO (Use mesalamine)	64	LITETOUCH MASK SMALL MISC _____	73	loratadine & pseudoephedrine TB12 PO _____	49
LIBTAYO _____	31	lithium carbonate CAPS PO _____	37	loratadine & pseudoephedrine TB24 PO _____	49
LICEMD GEL _____	56	lithium carbonate TABS PO _____	37	loratadine SOLN PO _____	24
lidocaine CREA 4 % _____	55	lithium carbonate TBCR PO _____	37	loratadine TABS PO _____	24
lidocaine hcl (mouth-throat) 2 % _____	79	lithium PO _____	37	loratadine TBDP PO 10 MG _____	24
		LITHOBID TBCR PO (Use lithium carbonate) _____	37	lorazepam TABS PO _____	10
		LITTLE REMEDIES SALINE SOLN 83		LORBRENA _____	34
				losartan potassium &	

hydrochlorothiazide PO _____	27	METER _____	73	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 ____	73
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__	73
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) _____	67	MAVYRET PACK _____	41
lovastatin TABS PO 10 MG, 20 MG 25		MACI _____	83	MAVYRET TABS PO _____	41
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) _____	87
loxapine succinate PO _____	38	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS PO _____	77	MAXITROL SUSP (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	87
LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML	86	magnesium hydroxide SUSP PO 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	69	MAXI-TUSS PE LIQD PO _____	49
LUCENTIS SOSY _____	86	magnesium oxide (mg supplement) TABS PO _____	77	MAXI-TUSS PE MAX LIQD PO ____	49
LUMAKRAS 120 MG, 320 MG ____	34	MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS PO _____	77	MAXZIDE TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	59
LUMIZYME _____	61	magnesium oxide TABS PO 400 MG 9		MAXZIDE-25 TABS PO (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	59
LUMOXITI _____	31	MAGOX 400 TABS PO (Use magnesium oxide (mg supplement)) .	78	meclizine hcl CHEW PO _____	22
LUNG PERFORM PEAK FLOW		MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate) ____	92	meclizine hcl TABS PO 12.5 MG, 25 MG _____	22
				MEDROL TABS PO 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____	47
				MEDROL TBPK PO (Use methylprednisolone) _____	47
				medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	47

medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____ 47	mesalamine CP24 _____ 64	GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____ 31
medroxyprogesterone acetate PO 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____ 92	mesalamine CPDR PO _____ 64	METHOTREXATE SODIUM SOLN 50 MG/2ML _____ 31
mefloquine hcl PO _____ 29	mesalamine ENEM PR _____ 64	methotrexate sodium TABS PO 2.5 MG _____ 31
megestrol acetate SUSP PO ____ 33	mesalamine TBEC PO _____ 64	methyldopa TABS PO _____ 26
megestrol acetate TABS PO ____ 33	mesna SOLN _____ 35	methylergonovine maleate TABS PO 89
MEIJER GLUCOSE PO _____ 19	MESNEX SOLN (Use mesna) ____ 35	METHYLIN SOLN PO 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____ 1
MEKINIST TABS PO _____ 34	MESNEX TABS PO _____ 35	METHYLIN SOLN PO 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____ 2
MEKTOVI _____ 34	MESTINON TABS PO (Use pyridostigmine bromide) _____ 29	methylphenidate hcl CPCR PO ____ 2
MELATONIN SUBL _____ 2	MESTINON TBCR PO (Use pyridostigmine bromide) _____ 29	methylphenidate hcl SOLN PO 10 MG/5ML _____ 2
melatonin TABS PO 3 MG, 5 MG__ 2	METADATE CD CPCR PO (Use methylphenidate hcl) _____ 1	methylphenidate hcl SOLN PO 5 MG/5ML _____ 2
melatonin TBDP PO 3 MG _____ 2	METAMUCIL FREE & NATURAL POWD PO (Use psyllium) _____ 68	methylphenidate hcl TABS PO 10 MG, 20 MG _____ 2
meloxicam TABS PO _____ 4	METAMUCIL POWD PO (Use psyllium) _____ 68	methylphenidate hcl TABS PO 5 MG 2
melphalan hcl IV _____ 30	metformin hcl TABS PO 500 MG _ 18	methylphenidate hcl TB24 PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____ 2
melphalan PO _____ 30	metformin hcl TABS PO 850 MG, 1000 MG _____ 18	methylphenidate hcl TB24 PO 36 MG.....2
memantine hcl SOLN PO 2 MG/ML 92	metformin hcl TB24 PO 500 MG _ 18	methylphenidate hcl TBCR PO 10 MG, 20 MG, 36 MG _____ 2
memantine hcl TABS PO _____ 92	metformin hcl TB24 PO 750 MG _ 18	methylphenidate hcl TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____ 2
MENACTRA _____ 97	methadone hcl TABS PO 10 MG __ 6	methylprednisolone TABS PO 4 MG, 8 MG _____ 47
MENOPUR SC _____ 60	methadone hcl TABS PO 5 MG ____ 6	methylprednisolone TBPk PO ____ 47
MENQUADFI _____ 97	methazolamide TABS PO _____ 59	methyltestosterone TABS _____ 8
MENVEO SOLN _____ 97	methenamine mandelate _____ 29	metoclopramide hcl SOLN PO 5
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 _____ 94	
meperidine hcl TABS PO 50 MG __ 6	methocarbamol TABS PO 500 MG, 750 MG _____ 83	
MEPHYTON TABS PO (Use phytonadione) _____ 100	methotrexate sodium SOLN 1	
meprobamate PO _____ 9		
MEPSEVII _____ 61		
mercaptapurine TABS PO _____ 31		

MG/5ML, 10 MG/10ML _____	63	nitrate (topical)) _____	52	ethinyl estradiol (biphasic)) _____	46
metoclopramide hcl TABS PO ____	63	miconazole nitrate (topical) CREA .52		MIRODERM BIO MATRIX	
metolazone PO _____	59	miconazole nitrate vaginal CREA_	99	FENESTRAT _____	57
metoprolol & hydrochlorothiazide		miconazole nitrate vaginal KIT ____	99	MIRODERM BIO MATRIX	
TABS PO 25 MG-100 MG, 25 MG-50		miconazole nitrate vaginal SUPP 100		FENESTRAT+ _____	57
MG _____	27	MG _____	99	mirtazapine TABS PO 15 MG ____	15
metoprolol & hydrochlorothiazide		miconazole nitrate vaginal SUPP 200		mirtazapine TABS PO 30 MG ____	15
TABS PO 50 MG-100 MG _____	27	MG _____	99	mirtazapine TABS PO 7.5 MG, 45	
metoprolol succinate TB24 PO 200		MICRHOGAM ULTRA-FILTERED		MG _____	15
MG _____	42	PLUS SOSY IM _____	89	mirtazapine TBDP PO 15 MG ____	15
metoprolol succinate TB24 PO 25		MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW .		mirtazapine TBDP PO 30 MG ____	15
MG, 50 MG, 100 MG _____	42	73		mirtazapine TBDP PO 45 MG ____	15
metoprolol tartrate TABS PO 100 MG		midazolam hcl SOLN IJ _____	68	misoprostol PO _____	96
.....	43	midodrine hcl PO _____	100	mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25	
metoprolol tartrate TABS PO 25 MG,		mifepristone (hyperglycemia) ____	19	MG/12.5ML, 30 MG/15ML _____	33
50 MG _____	43	miglustat _____	66	MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM	
METROCREAM CREA (Use		MIGRANAL SOLN NA (Use		KIT _____	71
metronidazole (topical)) _____	56	dihydroergotamine mesylate) ____	76	MM BLULINK GLUCOSE TEST	
METROLOTION LOTN (Use		MILLIPRED TABS PO _____	47	STRP _____	58
metronidazole (topical)) _____	56	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER		M-M-R II SOLR _____	98
metronidazole (topical) CREA ____	56	.....	73	MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y	
metronidazole (topical) GEL 0.75 %		MINIELITE FILTER		.....	98
56		REPLACEMENTS MISC _____	73	MODERNA COVID-19 BIVALENT	
metronidazole (topical) LOTN ____	56	MINIPRESS CAPS PO (Use prazosin		98	
metronidazole TABS PO _____	28	hcl) _____	26	MODERNA COVID-19 VAC	
metronidazole vaginal _____	99	MINIVELLE PTTW (Use estradiol) 63		(BOOSTER) SUSP _____	98
metyrosine PO _____	26	minocycline hcl CAPS PO _____	94	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y	
mexiletine hcl PO _____	10	minoxidil PO 10 MG _____	28	SUSP _____	98
MIACALCIN IJ (Use calcitonin		minoxidil PO 2.5 MG _____	28	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y	
(salmon)) _____	60	MIRALAX POWD PO (Use		SUSY _____	98
MICARDIS HCT PO (Use		polyethylene glycol 3350) _____	69	MODERNA COVID-19 VACC 6M-5Y	
telmisartan-hydrochlorothiazide) __	27	MIRCERA _____	67	SUSP _____	98
MICARDIS PO (Use telmisartan) _	26	MIRCETTE PO (Use desogestrel-		MODERNA COVID-19 VACCINE	
MICATIN CREA (Use miconazole				SUSP _____	98

MOI-STIR SOLN _____	80	MOZOBIL (Use plerixafor) _____	67	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG _____	81
molindone hcl PO _____	38	MS CONTIN TBCR PO (Use morphine sulfate) _____	7	MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN PO _____	82
mometasone furoate CREA _____	54	MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 PO (Use pseudoephedrine- guaifenesin) _____	49	MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82
mometasone furoate OINT _____	54	MUCINEX D TB12 PO (Use pseudoephedrine-guaifenesin) _____	49	MULTI-VIT-FLOR CHEW PO 0.5 MG	82
mometasone furoate SOLN _____	54	MUCINEX DM TB12 PO (Use dextromethorphan-guaifenesin) _____	49	mupirocin calcium (topical)	51
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) · 99		MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 PO (Use guaifenesin) _____	50	mupirocin OINT	51
MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	99	MUCINEX TB12 PO (Use guaifenesin) _____	50	MVASI _____	31
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _	99	MULPLETA _____	67	MX-SOL BLEND SF SUSP PO _	91
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF (Use hydrocortisone vaginal) 99		MULTI VITAMIN TABS PO _____	81	MX-SOL BLEND SUSP PO _____	91
MONJUVI _____	31	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS PO .	81	MX-SOL SF SYRP PO _____	91
MONOVISC _____	83	multiple vitamin TABS PO _____	81	MX-SOL SUSPEND SUSP PO _____	91
montelukast sodium CHEW PO _	10	multiple vitamins w/ iron TABS PO	80	MX-SOL SYRP PO _____	91
montelukast sodium PACK PO _____	10	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____	80	MYALEPT _____	61
montelukast sodium TABS PO _____	10	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	MYAMBUTOL TABS PO 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	30
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	81	MYCOBUTIN PO (Use rifabutin) _	30
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____	6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW PO 0.5 MG _____	81	mycophenolate mofetil CAPS PO .	79
morphine sulfate SUPP PR _____	6	MULTIVITAMIN ADULT TABS PO	81	mycophenolate mofetil SUSR	79
morphine sulfate TABS PO _____	6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN PO _____	82	mycophenolate mofetil TABS PO .	79
morphine sulfate TBCR PO _____	6	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	82	mycophenolate sodium PO _____	79
MOTRIN CHILDRENS CHEW PO (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	82	MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	86
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP PO (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN TABS PO _____	81	MYFORTIC PO (Use mycophenolate sodium) _____	79
MOUTH KOTE REMINT SOLN _	80	MULTIVITAMIN TABS PO _____	81	MYLERAN TABS PO _____	30
MOUTH KOTE SOLN _____	80	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82	MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP PO (Use simethicone) _____	63
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	87			MYSOLINE PO (Use primidone) _	13
				NABI-HB SOLN IM _____	89

nabumetone PO _____	4	(Use triamcinolone acetonide (nasal)) .	NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine)	5
nadolol TABS PO 20 MG, 40 MG, 80			NEORAL CAPS PO (Use	
MG _____	43	NASALCROM (Use cromolyn	cyclosporine modified (for	
NAGLAZYME _____	61	sodium (nasal)) _____	microemulsion)) _____	79
NALFON CAPS PO (Use fenoprofen		nateglinide PO _____	NEORAL SOLN PO (Use	
calcium) _____	4	NATPARA _____	cyclosporine modified (for	
naloxone hcl LIQD _____	22	NATROBA (Use spinosad) _____	microemulsion)) _____	79
naloxone hcl SOCT _____	22	NATURAL FIBER LAXATIVE POWD	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use	
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4		PO _____	neomycin-bacitracin-polymyxin) __	51
MG/10ML _____	22	NAYZILAM _____	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF	
naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML ____	22	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS	MS (Use neomycin-polymyxin w/	
naltrexone hcl PO _____	22	MISC _____	pramoxine) _____	51
NAMENDA TABS PO (Use		NEBULIZER MASK ADULT MISC .74	NERLYNX _____	34
memantine hcl) _____	92	NEBULIZER MASK ADULT/TUBING	NESINA (Use alogliptin benzoate) .	
NAMENDA TITRATION PAK TABS		MISC _____	19	
PO (Use memantine hcl) _____	92	NEBULIZER MASK CHILD MISC	NEUPOGEN SOLN _____	67
naphazoline w/ pheniramine 0.315		nefazodone hcl PO _____	NEUPOGEN SOSY _____	67
%-0.027 %	87	NEOMULTIVITE TABS PO _____	NEURONTIN CAPS PO (Use	
NAPROSYN SUSP PO (Use		neomycin sulfate TABS PO _____	gabapentin) _____	13
naproxen) _____	4	neomycin-bacitracin zn-polymyxin	NEURONTIN SOLN PO (Use	
NAPROSYN TABS PO 500 MG (Use		87	gabapentin) _____	13
naproxen) _____	4	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .	NEURONTIN TABS PO 600 MG	
naproxen sodium TABS PO 220 MG .		51	(Use gabapentin) _____	14
5		neomycin-polymy-dexameth OINT	NEURONTIN TABS PO 800 MG	
naproxen sodium TABS PO 275 MG,		88	(Use gabapentin) _____	13
550 MG _____	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP .	NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 %	
naproxen SUSP PO _____	5	88	(Use coal tar extract) _____	57
naproxen TABS PO _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	nevirapine SUSP PO _____	40
naratriptan hcl PO _____	76	51	nevirapine TABS PO _____	40
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) .		neomycin-polymyxin-gramicidin __	nevirapine TB24 PO 100 MG ____	40
22		87	nevirapine TB24 PO 400 MG ____	40
NARDIL PO (Use phenelzine sulfate)		neomycin-polymyxin-hc (ophth) __	NEXAVAR PO (Use sorafenib	
.....	16	88	tosylate) _____	34
NASACORT ALLERGY 24HR AERO		neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN .	NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR	
		89		
		neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP .		
		89		

PO (Use esomeprazole magnesium) . 96	NICOTROL NS SOLN _____ 93	norethindrone & ethinyl estradiol-fe PO_____ 46
NEXIUM 24HR CPDR PO (Use esomeprazole magnesium) _____ 96	nifedipine CAPS PO _____ 43	norethindrone (contraceptive) PO .47
NEXIUM CPDR PO 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____ 96	nifedipine TB24 PO 30 MG, 90 MG 43	norethindrone acet & eth estra TABS PO_____ 46
NEXVIAZYME _____ 61	nifedipine TB24 PO 60 MG _____ 43	norethindrone acetate TABS PO _ 92
niacin (antihyperlipidemic) TABS PO . 25	NINLARO _____ 34	norethindrone acetate-ethinyl estradiol PO _____ 62
niacin (antihyperlipidemic) TBCR PO . 25	nitisinone CAPS PO _____ 61	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe PO _____ 46
niacin CPCR PO 250 MG, 500 MG 101	NITRO-BID OINT _____ 9	norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO_____ 46
NIACIN ER CPCR PO _____ 100	NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin) .....9	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO _____ 46
NIACIN ER TBCR PO _____ 100	nitrofurantoin macrocrystal PO 50 MG, 100 MG _____ 29	norgestimate-ethinyl estradiol PO_ 46
niacin TABS PO 500 MG _____ 101	nitrofurantoin monohyd macro PO .29	norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG _____ 46
niacin TBCR PO _____ 101	nitrofurantoin PO _____ 29	NORPACE CAPS PO (Use disopyramide phosphate) _____ 10
nicardipine hcl CAPS PO _____ 43	nitroglycerin CPCR PO _____ 9	NORPACE CR CP12 PO 150 MG .10
NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____ 93	nitroglycerin PT24 _____ 9	NORPRAMIN TABS PO 10 MG (Use desipramine hcl) _____ 18
NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____ 93	nitroglycerin SUBL _____ 9	NORPRAMIN TABS PO 25 MG (Use desipramine hcl) _____ 18
NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____ 93	NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____ 9	NORTHERA (Use droxidopa) __ 100
NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____ 93	NITYR TABS _____ 61	nortriptyline hcl CAPS PO _____ 18
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____ 93	NIVA THYROID TABS PO _____ 95	nortriptyline hcl SOLN PO _____ 18
NICOTINE KIT _____ 93	NIVESTYM SOLN _____ 67	NORVASC TABS PO (Use amlodipine besylate) _____ 43
nicotine polacrilex GUM _____ 93	NIVESTYM SOSY _____ 67	NORVIR CAPS PO _____ 40
nicotine polacrilex LOZG _____ 93	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____ 56	NORVIR SOLN _____ 40
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____ 93	NIZORAL SHAM _____ 52	NORVIR TABS PO (Use ritonavir) .40
NICOTROL INHA _____ 93	NORDITROPIN FLEXPPO SOPN .60	NOSE CLIP MISC _____ 74
	norelgestromin-ethinyl estradiol __ 46	NOVA MAX PLUS KETONE TEST
	norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____ 46	
	norethindrone & eth estradiol PO .46	

58		NUBEQA _____	33	ODEFSEY _____	40
NOVACHOR _____	57	NULIBRY _____	61	ODOMZO PO _____	32
NOVAREL IM _____	60	NULOJIX _____	79	OFEV _____	94
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____	98	NUMOISYN LIQD _____	80	OFF DEEP WOODS AERO _____	56
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY _____	98	NUPLAZID CAPS _____	37	OFF DEEP WOODS DRY AERO _____	56
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20	NUPLAZID TABS PO 10 MG _____	37	ofloxacin (ophth) _____	87
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN _____	20	NUVARING (Use etonogestrel- ethinyl estradiol) _____	46	ofloxacin (otic) _____	89
NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _____	20	NUWIQ KIT _____	65	ofloxacin PO 400 MG _____	63
NOVOLIN 70/30 SUSP _____	20	NUWIQ SOLR _____	65	OGIVRI _____	32
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN _____	20	NYSTATIN (Use nystatin (mouth- throat)) _____	79	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT _____	58
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _____	20	nystatin (mouth-throat) _____	79	olanzapine TABS PO 15 MG, 20 MG _____	38
NOVOLIN N RELION SUSP _____	20	nystatin (topical) CREA _____	52	olanzapine TABS PO 2.5 MG, 5 MG _____	38
NOVOLIN N SUSP _____	20	nystatin (topical) OINT _____	52	olanzapine TABS PO 7.5 MG, 10 MG	38
NOVOLIN R RELION SOLN IJ _____	20	nystatin (topical) POWD EX _____	52	olmesartan medoxomil PO	26
NOVOLIN R SOLN IJ _____	20	nystatin TABS PO _____	22	olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide PO _____	27
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20	nystatin-triamcinolone CREA _____	52	olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide PO _____	27
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN _____	21	nystatin-triamcinolone OINT _____	52	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	74
NOVOLOG FLEXPEN SOPN _____	21	NYVEPRIA _____	67	omega-3 fatty acids CAPS PO 1000 MG, 1200 MG _____	85
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP _____	21	OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED _____	57	omega-3 fatty acids CPDR PO 1200 MG _____	85
NOVOLOG MIX 70/30 SUSP _____	21	OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED _____	57	OMEPRAZOLE _____	45
NOVOLOG PENFILL SOCT _____	21	OBIZUR _____	65	OMEPRAZOLE 20MG TABLET _____	96
NOVOLOG RELION SOLN IJ _____	21	OCALIVA _____	63	omeprazole CPDR PO _____	96
NOVOLOG SOLN IJ _____	21	OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML _____	89	omeprazole magnesium TBEC PO	96
NOVOSEVEN RT _____	65	OCTAGAM SOLN _____	89		
NP THYROID TABS PO _____	95	octreotide acetate KIT _____	62		
		octreotide acetate SOLN _____	62		
		OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))	87		

OMNICAP TABS PO _____	81	KIT _____	71	ORA-SWEET SF SYRP PO 10 %-9 %	91
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____	58	ONETOUCH VERIO KIT _____	71	ORA-SWEET SYRP PO 4 %-5 %-54 %	91
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT _____	58	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT 71		ORENCIA CLICKJECT SOAJ ____	5
ONCASPAR _____	35	ONETOUCH VERIO STRP _____	58	ORENCIA SOLR _____	5
ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML _____	22	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC _____	74	ORENCIA SOSY _____	5
ondansetron hcl TABS PO 24 MG	.22	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC _____	74	ORENITRAM TBCR _____	44
ondansetron hcl TABS PO 4 MG, 8 MG _____	22	ONGLYZA PO (Use saxagliptin hcl) 20		ORFADIN CAPS PO (Use nitisinone)	61
ondansetron TBDP PO 16 MG ____	22	ONPATPRO _____	94	ORFADIN SUSP _____	61
ondansetron TBDP PO 4 MG, 8 MG . 22		ONUREG TABS _____	31	ORKAMBI PACK _____	94
ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO 81		OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine) _____	87	ORKAMBI TABS _____	94
ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO 81		OPDIVO _____	31	ORLADEYO _____	66
ONE FLOW TESTER MISC _____	74	OPDUALAG _____	33	orphenadrine citrate TB12 PO ____	83
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS PO _____	81	OPILL PO _____	47	ORTHOVISC _____	83
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO (Use multiple vitamin) _____	81	ORA-BLEND SF SUSP PO _____	91	oseltamivir phosphate CAPS PO 30 MG _____	42
ONE-A-DAY MENS TABS PO (Use multiple vitamin) _____	81	ORA-BLEND SUSP PO _____	91	oseltamivir phosphate CAPS PO 45 MG, 75 MG _____	42
ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT KIT _____	71	oral electrolytes SOLN PO _____	77	oseltamivir phosphate SUSR PO _	42
ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	71	ORAL MIX SF SUSP PO _____	91	OSENI (Use alogliptin-pioglitazone) .. 18	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP _____	58	ORAL MIX SUSP PO _____	91	OSENI _____	18
ONETOUCH ULTRA MINI KIT ____	71	ORAL RELIEF SPRAY SOLN ____	80	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS _____	57
ONETOUCH ULTRA STRP _____	58	ORAL SUSPEND LIQD PO _____	91	OTEZLA TABS PO _____	5
ONETOUCH ULTRA TEST STRP	58	ORAL SYRUP SF SYRP PO _____	91	OTEZLA TBPK PO _____	5
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM		ORAL SYRUP SYRP PO _____	91	OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3
		ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD PO _____	91	OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	53
		ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD PO _____	91		
		ORA-PLUS LIQD PO _____	91		

OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	53	PART _____	36	PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC _____	74
OVIDE (Use malathion) _____	56	paclitaxel protein-bound particles	36	PARI VORTEX ADULT MASK ____	74
OVIDREL SOSY _____	60	PADCEV _____	31	paricalcitol SOLN _____	61
OXAYDO TABS PO 5 MG _____	7	PALYNZIQ _____	61	PARLODEL CAPS PO (Use bromocriptine mesylate) _____	36
oxazepam CAPS PO _____	10	PAMELOR CAPS PO (Use nortriptyline hcl) _____	18	PARLODEL TABS PO (Use bromocriptine mesylate) _____	37
OXBRYTA TABS 500 MG _____	66	pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML _____	60	PARNATE PO (Use tranlycypromine sulfate) _____	16
OXBRYTA TBSO _____	66	PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 60		paroxetine hcl SUSP PO _____	16
oxcarbazepine SUSP PO _____	14	PANDA MASK LARGE _____	74	paroxetine hcl TABS PO 10 MG __	17
oxcarbazepine TABS PO _____	14	PANDA MASK MEDIUM _____	74	paroxetine hcl TABS PO 20 MG __	16
OXLUMO _____	64	PANDA MASK SMALL _____	74	paroxetine hcl TABS PO 30 MG, 40 MG _____	17
oxybutynin chloride TABS PO ____	97	PANHEMATIN 350 MG _____	66	paroxetine hcl TB24 PO _____	17
oxybutynin chloride TB24 PO ____	97	pantoprazole sodium TBEC PO 20 MG _____	96	PARSABIV _____	61
oxycodone hcl CAPS PO _____	7	pantoprazole sodium TBEC PO 40 MG _____	96	PARVA-CAL PO 200 UNIT-500 MG 77	
oxycodone hcl CONC PO 100 MG/5ML _____	7	PANZYGA _____	89	PAXIL CR TB24 PO (Use paroxetine hcl) _____	17
oxycodone hcl SOLN PO _____	7	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC _____	74	PAXIL SUSP PO (Use paroxetine hcl) _____	17
oxycodone hcl T12A PO 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG _____	7	PARI BABY CONVERSION KIT MISC _____	74	PAXIL TABS PO 10 MG (Use paroxetine hcl) _____	17
oxycodone hcl TABS PO 30 MG __	7	PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK MISC _____	74	PAXIL TABS PO 20 MG (Use paroxetine hcl) _____	17
oxycodone hcl TABS PO 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG _____	7	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC _____	74	PAXIL TABS PO 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl) _____	17
oxycodone w/ acetaminophen SOLN PO _____	7	PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI _____	74	PAXLOVID (150/100) _____	41
oxycodone w/ acetaminophen TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	PARI MASK SET MISC _____	74	PAXLOVID (300/100) _____	41
OXYCONTIN T12A PO _____	7	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC _____	74	pazopanib hcl _____	34
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS PO 500 MG-200 UNIT _____	77	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC _____	74	PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN PO _____	82
oyster shell PO _____	77				
OZURDEX IMPL _____	88				
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND					

PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	82	PEDIATRIC PANDA MASK _____	74	subsalicylate) _____	21
PCCA SWEET-SF SYRP PO _____	91	pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN PO _____	82	PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW PO (Use bismuth subsalicylate) _____	21
PCCA SYRUP VEHICLE SYRP PO 91		PEDVAX HIB SUSP _____	97	PERCOCET TABS PO 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) .	7
PCCA-PLUS SUSP PO _____	91	peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR PO _____	68	PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____	79
PEAK A-I-R FLOW METER _____	74	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride PO _____	68	PERJETA _____	32
PEAK AIR PEAK FLOW METER .74		PEGASYS SOLN _____	41	permethrin CREA _____	56
PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG _____	74	PEG-PREP PO _____	68	permethrin LIQD EX _____	56
PED DISPOSABLE MISC _____	74	PEMAZYRE _____	34	perphenazine TABS PO _____	38
ped multivitamins w/fl & iron SOLN PO _____	81	PEMETREXED 500 MG/20ML _____	31	perphenazine-amitriptyline PO _____	92
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN PO (Use oral electrolytes) _	77	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	31	PERSERIS PRSY _____	37
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	77	PEMFEXY _____	31	PERSONAL BEST FULL RANGE .74	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN PO _____	77	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP _____	72	PFIZER COVID-19 BIVAL 6MO-4YR	98
PEDIALYTE SINGLES SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	77	PEN NEEDLES _____	72	PFIZER COVID-19 VAC BIVAL 5-11	98
PEDIALYTE SOLN PO (Use oral electrolytes) _____	77	PENBRAYA _____	97	PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT .	98
PEDIAPRED SOLN PO (Use prednisolone sodium phosphate) _	47	penicillamine TABS PO _____	78	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP _____	98
PEDIARIX SUSY _____	95	penicillin v potassium SOLR PO _	90	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP _____	98
PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC .74		penicillin v potassium TABS PO _____	90	PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP _____	98
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	PENTACEL _____	95	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP _____	98
pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82	pentoxifylline PO _____	66	PFLEX MISC _____	74
pediatric multivitamins w/fl CHEW PO 0.5 MG _____	82	PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS PO (Use famotidine) _____	96	PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC _____	74
pediatric multivitamins w/fl SOLN PO 82		PEPCID AC TABS PO (Use famotidine) _____	96	phenazopyridine hcl TABS PO 100 MG, 200 MG _____	64
		PEPCID TABS PO (Use famotidine) .	96		
		PEPTO-BISMOL CHEW PO (Use bismuth subsalicylate) _____	21		
		PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP PO (Use bismuth			

phenelzine sulfate PO_____	16	86	POCKET PEAK FLOW METER__	75
phenobarbital ELIX PO_____	68	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	POCKETPEAK PEAK FLOW METER	75
phenobarbital TABS PO _____	68	pimecrolimus _____	55	podofilox SOLN
phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	86	pindolol TABS PO_____	43	POLIVY_____
phenylephrine hcl (oral) TABS PO .84		pioglitazone hcl PO_____	21	POLYCOSE LIQD_____
phenylephrine-chlorphen-dm LIQD PO 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML _____	49	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS PO _____	18	POLYCOSE POWD PO _____
phenylephrine-dm LIQD PO 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	49	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	58	polyethylene glycol 3350 POWD PO . 69
phenylephrine-dm SOLN PO _____	49	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) .34		polymyxin b-trimethoprim _____
phenylephrine-dm SOLN PO _____	49	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) .34		polysaccharide iron complex CAPS PO_____
phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter PR _____	8	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) .34		POLYTRIM (Use polymyxin b- trimethoprim)_____
phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum PR _____	8	pirfenidone CAPS_____	94	POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____
phenytoin CHEW PO _____	14	pirfenidone TABS PO _____	94	POLY-VI-FLOR CHEW PO 0.5 MG 82
phenytoin sodium extended PO 100 MG _____	14	piroxicam CAPS PO_____	5	polyvinyl alcohol 1.4 % _____
phenytoin sodium SOLN_____	14	PLAN B ONE-STEP PO (Use levonorgestrel (emergency oc)) __	46	POLY-VI-SOL SOLN PO _____
phenytoin SUSP PO _____	14	PLAQUENIL PO (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	29	POLY-VITA SOLN PO _____
PHESGO _____	33	PLAVIX PO 75 MG (Use clopidogrel bisulfate)_____	66	POLY-VITA/IRON SOLN PO _____
PHOTOFRIN _____	35	PLEGRIDY SOAJ_____	93	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO 82
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT _____	87	PLEGRIDY SOSY IM _____	93	POLY-VITE/IRON SOLN PO _____
phytonadione TABS PO 5 MG __	100	PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ . 93		POMALYST _____
PIFELTRO _____	40	PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC _____	93	PORTRAZZA _____
PIKO 1 _____	74	PLENITY _____	1	pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic PO 78
PILLOW MASK/ADULT MISC ____	74	PLENITY WELCOME KIT _____	1	potassium bicarbonate TBEF PO .78
PILLOW MASK/CHILD MISC ____	74	plerixafor_____	67	potassium chloride CPCR PO 10 MEQ _____
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC 74		PNEUMOVAX 23 SOLN_____	97	
pilocarpine hcl (oral) PO 5 MG ____	80	PNEUMOVAX 23 SOSY_____	97	
pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % .				

potassium chloride CPCR PO 8 MEQ.....78	SOLN PO _____ 47	fluoride (dental)) _____ 80
potassium chloride microencapsulated crystals er PO .78	prednisolone SOLN _____ 47	PREVNAR 13 _____ 97
potassium chloride PACK PO 20 MEQ _____ 78	prednisolone TABS PO _____ 47	PREVNAR 20 _____ 97
potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 % _____ 78	PREDNISONE INTENSOL CONC .47	PREVYMIS SOLN _____ 41
potassium chloride TBCR PO 8 MEQ, 10 MEQ _____ 78	prednisone SOLN PO _____ 47	PREVYMIS TABS _____ 41
potassium citrate (alkalinizer) TBCR PO _____ 64	prednisone TABS PO _____ 47	PREZCOBIX _____ 40
POTELIGEO _____ 31	prednisone TBPK PO _____ 47	PREZISTA SUSP _____ 40
PRADAXA CAPS PO (Use dabigatran etexilate mesylate) ____ 12	PREFERRED PLUS GLUCOSE PO . 19	PREZISTA TABS 150 MG _____ 40
pralatrexate _____ 31	PREGNYL IM _____ 60	PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____ 40
PRALUENT SOAJ _____ 25	PREHEVBRIO _____ 98	PREZISTA TABS 75 MG _____ 40
pramipexole dihydrochloride TABS PO _____ 37	PREMARIN _____ 99	PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____ 40
pramoxine-hc-chloroxylenol ____ 89	PREMARIN TABS PO _____ 63	PRIALT _____ 6
prasugrel hcl PO _____ 66	PREMPHASE PO _____ 62	PRILOSEC OTC TBEC PO (Use omeprazole magnesium) _____ 96
pravastatin sodium PO _____ 25	PREMPRO PO _____ 62	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS PO (Use primaquine phosphate) _ 29
prazosin hcl CAPS PO _____ 26	PRENATAL VITAMINS-MISC ____ 82	primaquine phosphate TABS PO _ 29
PRECISION XTRA KETONE ____ 58	PREVACID 24HR CPDR PO (Use lansoprazole) _____ 96	primidone PO _____ 14
PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____ 88	PREVACID CPDR PO 30 MG (Use lansoprazole) _____ 96	PRIORIX SUSR _____ 98
PRED MILD _____ 88	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____ 79	PRISTIQ PO 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____ 17
prednisolone acetate (ophth) ____ 88	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental)) 79	PRISTIQ PO 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____ 17
PREDNISOLONE ACETATE P-F .88	PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) ____ 80	PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML _____ 90
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____ 88	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____ 80	PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML ____ 89
prednisolone sodium phosphate SOLN PO 20 MG/5ML _____ 47	PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____ 80	PROAIR HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 11
prednisolone sodium phosphate	PREVIDENT GEL (Use sodium	PROAIR RESPICLICK AEPB ____ 12
		probenecid PO _____ 65
		PROCARDIA XL TB24 PO 30 MG,

90 MG (Use nifedipine)_____ 44	PROMETRIUM CAPS PO 100 MG (Use progesterone)_____ 92	pseudoephedrine hcl TB12 PO___ 84
PROCARDIA XL TB24 PO 60 MG (Use nifedipine)_____ 43	PROMETRIUM CAPS PO 200 MG (Use progesterone)_____ 92	pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD PO 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML _____ 49
prochlorperazine maleate TABS PO , 38	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC.....75	pseudoephedrine-guaifenesin SYRP PO 100 MG/5ML-30 MG/5ML ___ 49
prochlorperazine PR_____ 38	propafenone hcl TABS PO .....10	pseudoephedrine-guaifenesin TB12 PO 600 MG-60 MG _____ 49
PROCRIT _____ 67	propranolol hcl CP24 PO .....43	pseudoephedrine-ibuprofen TABS PO _____ 49
PROCYSBI CPDR PO _____ 64	propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML_____ 43	psyllium CAPS PO 0.52 GM_____ 68
PROCYSBI PACK _____ 64	propranolol hcl TABS PO _____ 43	psyllium POWD PO 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 % 68
PROFILNINE _____ 65	propylthiouracil PO _____ 94	psyllium POWD PO 43 % _____ 68
progesterone CAPS PO 100 MG _ 92	PROQUAD SUSR _____ 98	PTS PANELS EGLU TEST STRP . 58
progesterone CAPS PO 200 MG _ 92	PROSCAR PO (Use finasteride) _ 64	PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____ 11
PROGRAF CAPS PO (Use tacrolimus) _____ 79	PROTEXT SUSP _____ 57	PULMOZYME _____ 94
PROGRAF PACK_____ 79	PROTONIX TBEC PO 20 MG (Use pantoprazole sodium)_____ 96	PURAPLY _____ 57
PROLASTIN-C SOLN_____ 94	PROTONIX TBEC PO 40 MG (Use pantoprazole sodium)_____ 96	PURE COMFORT FLOW METER ADULT _____ 75
PROLASTIN-C SOLR_____ 94	PROTOPIC OINT 0.03 % (Use tacrolimus (topical)) _____ 55	PURE COMFORT FLOW METER CHILD _____ 75
PROLEUKIN _____ 35	PROTOPIC OINT 0.1 % (Use tacrolimus (topical)) _____ 55	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____ 72
PROLIA SOSY _____ 60	PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate)_____ 12	PURIXAN SUSP _____ 31
promethazine & phenylephrine SYRP PO _____ 49	PROVERA PO 5 MG, 10 MG (Use medroxyprogesterone acetate)___ 92	PX DAYTIME MULTI-SYMPATOM CAPS PO _____ 50
PROMETHAZINE HCL POWD___ 45	PROZAC CAPS PO 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)_____ 17	PX GLUCOSE PO _____ 19
promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML _____ 24	PROZAC CAPS PO 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17	PX NITETIME MULTI-SYMPATOM CAPS PO _____ 50
promethazine hcl SUPP PR _____ 24	pseudoephed-bromphen-dm SYRP PO 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML _____ 49	pyrantel pamoate SUSP PO _____ 9
promethazine hcl TABS PO _____ 24	pseudoephedrine hcl TABS PO __ 84	pyrazinamide PO _____ 30
promethazine w/codeine SOLN PO 49		pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD
promethazine w/codeine SYRP PO 49		
promethazine-dm SYRP PO _____ 49		
promethazine-phenylephrine-codeine PO _____ 49		

56	MG, 50 MG _____	38	79
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	56	quetiapine fumarate TABS PO 300 MG, 400 MG _____	38
pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 %	56	QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.25 MG, 1 MG _____	82
PYRIDIDIUM TABS PO (Use phenazopyridine hcl) _____	64	QUFLORA PEDIATRIC CHEW PO 0.5 MG _____	82
pyridostigmine bromide TABS PO	60	QUFLORA PEDIATRIC SOLN PO	82
MG _____	30	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____	58
pyridostigmine bromide TBCR PO	.30	quinapril hcl PO _____	26
pyridoxine hcl TABS PO 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	101	quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-10 MG _____	28
pyrimethamine PO _____	29	quinapril-hydrochlorothiazide PO 12.5 MG-20 MG _____	28
PYRUKYND TABS _____	66	quinapril-hydrochlorothiazide PO 25 MG-20 MG _____	28
PYRUKYND TAPER PACK TBPk	.66	quinidine gluconate TBCR PO ____	10
QC CALCIUM 500MG-D3 TABS PO .	77	quinidine sulfate TABS PO _____	10
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP PO _____	50	QUINTABS TABS PO _____	81
QINLOCK _____	34	QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	.11
QUADRACEL SUSP _____	95	QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	.11
QUADRACEL SUSY _____	95	RA DRY MOUTH SOLN _____	80
QUARTETTE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day)) _____	46	RA GLUCOSE PO _____	19
QUESTRAN LIGHT POWD PO (Use cholestyramine light) _____	25	RABAVERT _____	98
QUESTRAN PACK PO (Use cholestyramine) _____	25	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP _____	84
QUESTRAN POWD PO (Use cholestyramine) _____	25	RADICAVA ORS SUSP _____	84
quetiapine fumarate TABS PO 100 MG, 200 MG _____	38	RADICAVA SOLN (Use edaravone) 84	
quetiapine fumarate TABS PO 25		raloxifene hcl PO _____	60
		ramipril CAPS PO _____	26
		RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus)	
		RAPAMUNE TABS PO (Use sirolimus) _____	79
		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
		RAZADYNE ER CP24 PO (Use galantamine hydrobromide) _____	92
		REBIF REBIDOSE SOAJ _____	93
		REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ _____	93
		REBIF SOSY _____	93
		REBIF TITRATION PACK SOSY .	93
		REBINYN _____	65
		RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____	60
		RECOMBIMATE SOLR _____	65
		RECOMBIVAX HB SUSP _____	98
		RECOMBIVAX HB SUSY _____	98
		RECORLEV _____	59
		REDITREX SOSY _____	3
		REGLAN TABS PO (Use metoclopramide hcl) _____	63
		RELENZA DISKHALER _____	42
		RELEUKO SOLN _____	67
		RELEUKO SOSY _____	67
		RELEXXII TBCR PO 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
		RELEXXII TBCR PO 36 MG _____	2
		RELION GLUCOSE PO _____	19
		RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	58

RELION KETONE TEST STRP ___	58	RETROVIR SYRP PO (Use zidovudine) _____	40	RID LIQD 4 %-0.33 % (Use pyrethrins-piperonyl butoxide)_____	56
RELPAK PO (Use eletriptan hydrobromide)_____	76	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC _____	75	rifabutin PO _____	30
REMERON SOLTAB TBDP PO 15 MG (Use mirtazapine)_____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC _____	75	rifampin CAPS PO _____	30
REMERON SOLTAB TBDP PO 30 MG (Use mirtazapine)_____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC _____	75	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP _____	58
REMERON SOLTAB TBDP PO 45 MG (Use mirtazapine)_____	15	REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP _____	58
REMERON TABS PO 15 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	RILUTEK TABS PO (Use riluzole) .	84
REMERON TABS PO 30 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVATIO TABS PO (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	45	riluzole TABS PO _____	84
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____	25	REVCОВI _____	61	RINVOQ TB24 PO 30 MG, 45 MG .	2
REPATHA SOSY _____	25	REVLIMID PO _____	78	risedronate sodium TABS PO 35 MG	60
REPATHA SURECLICK SOAJ ___	25	REYATAZ CAPS PO 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____	40	risedronate sodium TABS PO 5 MG, 30 MG _____	60
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	56	REYATAZ CAPS PO 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____	40	risedronate sodium TBEC PO ____	60
REPLACEMENT AIR FILTER MISC .	75	REYATAZ PACK _____	40	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____	37
REPLACEMENT FILTERS MISC .	75	REZUROCK _____	78	RISPERDAL SOLN PO (Use risperidone)_____	37
RESTORIL PO 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____	68	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
RETACRIT _____	67	RHOPHYLAC SOSY IJ _____	90	risperidone microspheres _____	37
RETEVMO CAPS _____	34	RIABNI _____	32	risperidone SOLN PO _____	37
RETHYMIC _____	78	RIASTAP _____	65	risperidone TABS PO _____	37
RETIN-A CREA (Use tretinoin)___	51	ribavirin (hepatitis c) CAPS PO ___	41	risperidone TBDP PO _____	37
RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) .	51	ribavirin (hepatitis c) TABS PO 200 MG _____	41	RITALIN TABS PO 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2
RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin) _____	51	riboflavin TABS PO _____	101	RITALIN TABS PO 5 MG (Use methylphenidate hcl)_____	2
RETISERT _____	88	RID COMPLETE LICE ELIMINATION (Use pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover) _____	56	ritonavir TABS PO _____	40
RETROVIR CAPS PO (Use zidovudine) _____	40			RITUXAN _____	32
				RITUXAN HYCELA _____	33

rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____	92	RUKOBIA _____	40	SAWYER INSECT REPELLENT LOTN _____	56
rivastigmine tartrate CAPS PO _____	92	RUXIENCE _____	32	saxagliptin hcl PO _____	20
RIXUBIS SOLR _____	65	RYDAPT _____	34	saxagliptin-metformin hcl PO _____	18
rizatriptan benzoate TABS PO _____	76	RYLAZE _____	35	SCEMBLIX 100 MG _____	34
rizatriptan benzoate TBDP PO _____	76	RYPLAZIM _____	66	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG _____	34
ROBINUL TABS PO (Use glycopyrrolate) _____	95	SABRIL PACK (Use vigabatrin) _____	14	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	56
ROBINUL-FORTE TABS PO (Use glycopyrrolate) _____	95	SABRIL TABS (Use vigabatrin) _____	14	SCOT-TUSSIN DM LIQD PO _____	50
ROCALTROL CAPS PO (Use calcitriol) _____	61	SALAGEN PO 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral)) _____	80	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD PO	50
roflumilast PO _____	11	salicylic acid GEL 6 % _____	55	SEASONIQUE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____	46
ROMIDEPSIN SOLN _____	34	SALINE NASAL SPRAY 0.65% _____	83	selegiline hcl CAPS PO _____	37
romidepsin SOLR _____	34	salsalate PO _____	6	selegiline hcl TABS PO _____	37
ropinirole hydrochloride TABS PO 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____	37	SAMI THE SEAL FILTERS MISC_	75	selenium sulfide LOTN 1 % _____	53
ropinirole hydrochloride TABS PO 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____	37	SAMSCA TABS (Use tolvaptan) _____	62	selenium sulfide LOTN 2.5 % _____	53
rosuvastatin calcium TABS PO _____	25	SANDIMMUNE CAPS PO (Use cyclosporine) _____	79	selenium sulfide SHAM 1 % _____	53
ROTARIX SUSP _____	98	SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML .	79	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide) .	53
ROTARIX SUSR PO _____	99	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate) _____	62	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROTATEQ SOLN PO _____	99	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG _____	62	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROUGH PIGWEED _____	2	SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	62	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROXICODONE TABS PO 15 MG (Use oxycodone hcl) _____	7	SAPHNELO _____	79	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) _____	53
ROXICODONE TABS PO 30 MG (Use oxycodone hcl) _____	7	sapropterin dihydrochloride PACK	61	SELZENTRY SOLN _____	40
ROZLYTREK CAPS _____	34	sapropterin dihydrochloride TABS	.61	SELZENTRY TABS PO 150 MG (Use maraviroc) _____	41
RUBRACA _____	34	SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	52	SELZENTRY TABS PO 25 MG, 75 MG _____	41
RUCONEST _____	66	SAVELLA TABS PO _____	93	SELZENTRY TABS PO 300 MG (Use maraviroc) _____	40
rufinamide SUSP _____	14	SAVELLA TITRATION PACK MISC	93		
rufinamide TABS PO _____	14				

SEMGLEE (YFGN) SOLN _____	21	MASK MISC _____	75	SINGULAIR TABS PO (Use montelukast sodium) _____	10
SEMGLEE (YFGN) SOPN _____	21	SIGNIFOR _____	62	sirolimus SOLN _____	79
sennosides TABS PO 8.6 MG ____	69	SIGNIFOR LAR _____	62	sirolimus TABS PO _____	79
sennosides-docusate sodium TABS PO _____	68	SIKLOS TABS _____	66	SITAGLIPTIN _____	20
SEKOT S TABS PO (Use sennosides-docusate sodium) ____	69	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	45	SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS _____	18
SEKOT TABS PO (Use sennosides) _____	69	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	45	SIVEXTRO TABS _____	29
SENSIPAR PO (Use cinacalcet hcl) 61		sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS PO _____	45	SKYRIZI (150 MG DOSE) PSKT _	52
SEREVENT DISKUS _____	12	SILICONE MASK/ADULT MISC ____	75	SKYRIZI PEN SOAJ _____	52
SEROQUEL TABS PO 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) ____	38	SILICONE MASK/INFANT MISC _	75	SKYRIZI SOSY _____	52
SEROQUEL TABS PO 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) ____	38	SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC . 75		SLO-NIACIN TBCR PO (Use niacin) . 101	
SEROQUEL TABS PO 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) ____	38	SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	53	SM GLUCOSE CHEW PO _____	19
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG 60		silver sulfadiazine _____	53	SM GLUCOSE PO _____	19
sertraline hcl CONC PO _____	17	simethicone CHEW PO 80 MG ____	63	SM IPECAC SYRUP PO _____	22
sertraline hcl TABS PO 100 MG __	17	simethicone LIQD PO _____	63	SMART SENSE GLUCOSE PO __	19
sertraline hcl TABS PO 25 MG, 50 MG _____	17	simethicone SUSP PO _____	63	SOAANZ TABS PO 20 MG _____	59
SEVENFACT _____	65	SIMLANDI (1 PEN) AJKT _____	3	sodium bicarbonate (antacid) TABS PO 325 MG, 650 MG _____	9
SFROWASA ENEM PR _____	64	SIMLANDI (2 PEN) AJKT _____	3	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	64
SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	2	SIMPLYTHICK EASY MIX PO ____	91	sodium chloride (inhalant) AERS _	50
SHINGRIX _____	99	SIMPLYTHICK PO _____	90	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	50
SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	75	simvastatin TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	25	sodium citrate & citric acid PO ____	64
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC _____	75	SINEMET TABS PO 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa- levodopa) _____	37	sodium fluoride (dental) CREA ____	80
SIDESTREAM PLS ADULT FACE		SINGULAIR CHEW PO (Use montelukast sodium) _____	10	sodium fluoride (dental) GEL ____	80
		SINGULAIR PACK PO (Use montelukast sodium) _____	10	sodium fluoride (dental) PSTE DT .80	
				sodium fluoride CHEW PO _____	77
				sodium fluoride SOLN PO _____	77
				SODIUM OXYBATE SOLN PO __	92
				sodium phenylbutyrate POWD PO	62

sodium phenylbutyrate TABS PO .	62	SOVALDI TABS _____	41	REMODULIN (Use glycine diluent)	91
sodium phosphates ENEM PR____	69	SOVUNA PO 200 MG _____	29	STIVARGA _____	35
sodium polystyrene sulfonate POWD PO _____	79	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____	75	STRATTERA PO (Use atomoxetine hcl) _____	1
sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML _____	79	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____	75	STRENSIQ _____	62
sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate _____	69	SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC _____	75	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS PO _____	81
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS	41	SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT _____	58	STRIBILD _____	41
SOLESTA _____	78	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____	99	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR _____	75
SOLQUA _____	18	SPIKEVAX SUSP _____	99	SUBLOCADE SOSY _____	8
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN PO _____	82	SPIKEVAX SUSY _____	99	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8
SOLUVITA SOLN PO _____	77	spinosad _____	56	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8
SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN PO _____	82	SPINRAZA _____	84	sucralfate SUSP PO _____	96
SOMAVERT _____	60	SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate)_	10	sucralfate TABS PO _____	96
SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC _____	75	spironolactone & hydrochlorothiazide PO _____	59	SUDAFED CHILDRENS LIQD PO	84
SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____	75	spironolactone TABS PO _____	59	SUDAFED PE CHILDRENS SOLN PO _____	84
SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC _____	75	SPORANOX CAPS PO (Use itraconazole) _____	23	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS PO (Use phenylephrine hcl (oral)) _____	84
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC _____	75	SPRAVATO (56 MG DOSE) _____	16	SUDAFED SINUS CONGESTION TABS PO (Use pseudoephedrine hcl)	84
sorafenib tosylate PO _____	34	SPRAVATO (84 MG DOSE) _____	16	.....	84
SORBITOL PO 70 % _____	69	SPRYCEL (Use dasatinib) _____	34	SUDAFED TABS PO (Use pseudoephedrine hcl) _____	84
SORREL/DOCK MIX IJ _____	2	STAMARIL SUSR _____	99	sulfacetamide sodium (acne) _____	51
SOSWEET SYRP PO _____	91	stavudine CAPS PO _____	41	sulfacetamide sodium (ophth) OINT	87
sotalol hcl (afib/af) PO _____	43	STELARA 130 MG/26ML _____	64		
sotalol hcl TABS PO 240 MG _____	43	STELARA SOSY _____	52		
sotalol hcl TABS PO 80 MG, 120 MG, 160 MG _____	43	STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 . 91			
		STERILE DILUENT FOR			

sulfacetamide sodium (ophth) SOLN . 87	SURE COMFORT PEN NEEDLES 72	levothyroxine sodium) _____ 95
sulfacetamide sodium LIQD _____ 53	SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP PO _____ 91	SYNVISC ONE SOSY _____ 83
sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 % _____ 51	SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP PO _____ 91	SYNVISC SOSY _____ 83
sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____ 51	SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP PO _____ 91	SYPRINE PO (Use trientine hcl)___ 78
sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____ 88	SUSPENSION VEHICLE SUSP PO 91	SYRPALTA (RED) SYRP PO _____ 91
sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP PO _____ 28	SUSTIVA CAPS PO 200 MG (Use efavirenz) _____ 41	SYRPALTA SYRP PO _____ 91
sulfamethoxazole-trimethoprim TABS PO _____ 28	SUSTIVA CAPS PO 50 MG (Use efavirenz) _____ 41	SYRSPEND SF LIQD PO _____ 91
sulfasalazine TABS PO _____ 64	SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN _____ 86	SYRUP VEHICLE SF SYRP PO _ 91
sulfasalazine TBEC PO _____ 64	SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN 86	SYRUP VEHICLE SYRP PO _____ 91
sulindac TABS PO _____ 5	SUSVIMO OCULAR IMPLANT __ 71	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO _____ 80
sumatriptan _____ 76	SUTENT PO (Use sunitinib malate) 35	TABLOID PO _____ 31
sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____ 76	SYLVANT _____ 79	TABRECTA _____ 35
sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____ 76	SYMBICORT (Use budesonide- formoterol fumarate dihydrate) ___ 12	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _ 55
sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML _____ 76	SYMDEKO _____ 94	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % __ 55
sumatriptan succinate TABS PO _ 76	SYMFI (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate)____ 41	tacrolimus CAPS PO _____ 79
sunitinib malate PO _____ 35	SYMFI LO (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____ 41	tadalafil (pulmonary hypertension) TABS PO _____ 45
SUPARTZ FX SOSY _____ 83	SYNAGIS SOLN _____ 90	TAFINLAR CAPS PO _____ 35
SUPER BI-MIX SOLR _____ 44	SYNAREL _____ 61	TAGAMET HB 200 TABS PO (Use cimetidine) _____ 96
SUPER TRI-MIX SOLR _____ 44	SYNOJOYNT SOSY _____ 83	TAGAMET HB TABS PO (Use cimetidine) _____ 96
SUPPRELIN LA _____ 61	SYNRIBO _____ 35	TAGRISSEO _____ 32
SUPRAX CAPS PO (Use cefixime) 45	SYNTHROID TABS PO (Use	TAKHZYRO SOLN _____ 66
SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate) _____ 69		TAKHZYRO SOSY _____ 66
		TALTZ SOAJ _____ 53
		TALTZ SOSY _____ 53
		TALZENNA _____ 35
		TAMIFLU CAPS PO 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____ 42
		TAMIFLU CAPS PO 45 MG, 75 MG

(Use oseltamivir phosphate)_____ 42	TEGRETOL-XR TB12 PO (Use carbamazepine) _____ 14	teriparatide SOPN _____ 60
TAMIFLU SUSR PO (Use oseltamivir phosphate) _____ 42	TEGSEDI _____ 94	TERIPARATIDE SOPN _____ 60
tamoxifen citrate TABS PO _____ 33	telmisartan PO _____ 26	TESTOPEL PLLT _____ 8
tamsulosin hcl PO _____ 64	telmisartan-amlodipine PO _____ 28	testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____ 8
TARCEVA (Use erlotinib hcl) _____ 32	telmisartan-hydrochlorothiazide PO . 28	testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____ 8
TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____ 52	temazepam PO 15 MG, 30 MG __ 68	testosterone enanthate SOLN IM __ 8
TARGRETIN PO (Use bexarotene) . 35	TEMODAR CAPS PO 250 MG (Use temozolomide) _____ 30	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP _____ 95
TARPEYO CPDR _____ 47	TEMODAR SOLR _____ 30	tetrabenazine PO _____ 93
TASIGNA _____ 35	temozolomide CAPS PO _____ 30	tetracaine hcl (ophth) _____ 87
TAVNEOS _____ 66	TEMPO WELCOME KIT _____ 71	tetracycline hcl CAPS PO 500 MG 94
tazarotene CREA _____ 53	temsirolimus _____ 35	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 % . 87
tazarotene GEL _____ 53	TENIVAC INJ _____ 95	TEZSPIRE SOSY _____ 10
TAZORAC CREA (Use tazarotene) . 53	tenofovir disoproxil fumarate TABS PO _____ 41	TGT GLUCOSE PO _____ 19
TAZORAC GEL (Use tazarotene) . 53	TENORETIC 100 PO (Use atenolol & chlorthalidone) _____ 28	THALOMID PO _____ 78
TAZORAC GEL 0.05 % _____ 53	TENORETIC 50 PO (Use atenolol & chlorthalidone) _____ 28	THEO-24 CP24 PO _____ 12
TAZVERIK _____ 35	TENORMIN TABS PO (Use atenolol) _____ 43	theophylline ELIX PO _____ 12
TDVAX SUSP _____ 95	TEPADINA (Use thiotepa) _____ 30	theophylline SOLN PO _____ 12
TECARTUS _____ 32	TEPEZZA _____ 60	theophylline TB12 PO _____ 12
TECENTRIQ _____ 32	terazosin hcl PO _____ 26	theophylline TB24 PO _____ 12
TECFIDERA CDPK (Use dimethyl fumarate) _____ 93	terbinafine hcl (topical) CREA ____ 52	THERA TABS PO _____ 81
TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____ 93	terbinafine hcl TABS PO _____ 23	THEREMS TABS PO _____ 81
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 72	terbutaline sulfate TABS PO _____ 12	thiamine hcl TABS PO _____ 101
TEGLUTIK SUSP _____ 84	terconazole vaginal CREA _____ 99	thiamine mononitrate TABS PO 100 MG _____ 101
TEGRETOL SUSP PO (Use carbamazepine) _____ 14	terconazole vaginal SUPP _____ 99	THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) .64
TEGRETOL TABS PO (Use carbamazepine) _____ 14	teriflunomide PO _____ 93	THIOLA TABS (Use tiopronin) ____ 64
		thioridazine hcl PO _____ 38
		thiotepa _____ 30

thiothixene PO _____	39	TM-DAILY VITE TABS PO _____	81	desoximetasone) _____	54
THRESHOLD IMT MISC _____	75	TOBI NEBU (Use tobramycin) _____	2	TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	54
THROMBATE III _____	66	TOBI PODHALER CAPS _____	2	topiramate CPSP PO 15 MG _____	14
THYMOGLOBULIN _____	79	TOBRADEX OINT _____	88	topiramate CPSP PO 25 MG _____	14
THYROGEN 0.9 MG _____	57	TOBRADEX SUSP (Use tobramycin- dexamethasone) _____	88	topiramate TABS PO 100 MG _____	14
THYROID TABS PO 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	95	tobramycin (ophth) SOLN _____	87	topiramate TABS PO 200 MG _____	14
tiagabine hcl PO _____	14	tobramycin NEBU _____	2	topiramate TABS PO 25 MG, 50 MG 14	
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 SOLN (Use topotecan hcl) _____	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 SOLN _____	36
TICOVAC _____	99	TOBREX OINT _____	87	topotecan hcl SOLR _____	36
TIGLUTIK SUSP _____	84	tolnaftate CREA _____	52	TOPROL XL TB24 PO 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	43
TIKOSYN PO (Use dofetilide) _____	10	tolterodine tartrate CP24 PO _____	97	TOPROL XL TB24 PO 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) _____	43
timolol maleate (ophth) SOLN _____	86	tolterodine tartrate TABS PO _____	97	toremifene citrate PO _____	33
timolol maleate TABS PO _____	43	tolvaptan TABS _____	62	TORISEL (Use temsirolimus) _____	35
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 15 MG (Use topiramate) _____	14	toremifene citrate PO _____	59
TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	TOPAMAX SPRINKLE CPSP PO 25 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TABS (Use bosentan) 44	
TINACTIN CREA (Use tolnaftate) _____	52	TOPAMAX TABS PO 100 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TBSO _____	44
tioconazole vaginal 6.5 % _____	99	TOPAMAX TABS PO 200 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol hcl TABS PO 50 MG _____	7
tiopronin TABS _____	64	TOPAMAX TABS PO 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol-acetaminophen PO _____	7
tiopronin TBEC _____	64	TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	54	trandolapril PO 1 MG, 2 MG _____	26
tiotropium bromide monohydrate CAPS _____	10	TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	54	trandolapril PO 4 MG _____	26
TIVDAK _____	32	TOPICORT GEL (Use		trandolapril-verapamil hcl PO _____	28
TIVICAY TABS 50 MG _____	41			tranexamic acid TABS PO _____	67
tizanidine hcl TABS PO _____	83			TRANXENE-T TABS PO (Use clorazepate dipotassium) _____	10

tranylcypromine sulfate PO_____	16	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD PO (Use dextromethorphan hbr) _____	48	TROGARZO _____	41
TRAZIMERA _____	32	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS PO 25 MG-37.5 MG _____	59	tropicamide SOLN _____	86
trazodone hcl TABS PO 300 MG _	17	triamterene & hydrochlorothiazide TABS PO _____	59	trospium chloride TABS PO _____	97
trazodone hcl TABS PO 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17	triazolam PO _____	68	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	72
TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	30	TRIBENZOR PO (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide) _____	28	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES _____	72
TRECTOR PO _____	30	TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	54	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	58
TREMFYA SOAJ 100 MG/ML _____	53	trientine hcl PO 250 MG _____	78	TRUE MULTIVITAMIN TABS PO_	81
TREMFYA SOSY 100 MG/ML _____	53	trientine hcl PO 500 MG _____	78	TRUELYTE SOLN PO _____	77
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN _____	21	TRIESENCE _____	88	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW PO	19
TRESIBA SOLN _____	21	trifluoperazine hcl TABS PO _____	38	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW PO _____	19
tretinoin (chemotherapy) PO _____	35	trifluridine _____	87	TRULICITY _____	20
tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	51	trihexyphenidyl hcl TABS PO _____	36	TRUMENBA _____	97
tretinoin GEL 0.01 % _____	51	TRIKAFTA TBPK _____	94	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	88
tretinoin GEL 0.025 % _____	51	TRILEPTAL SUSP PO (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUVADA PO 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	41
TRETTEN _____	65	TRILEPTAL TABS PO (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUXIMA _____	32
TREXALL TABS PO 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	31	TRILURON SOSY _____	83	TRUZONE PEAK FLOW METER	75
triamcinolone acetonide (mouth)	80	trimethoprim TABS PO _____	28	TUBING/WING TIP MISC _____	75
triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	84	TRI-MIX SOLR _____	44	TUDORZA PRESSAIR _____	10
triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	54	TRINTELLIX PO _____	17	TUKYSA _____	32
triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	54	TRIPTODUR _____	61	TUMS CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9
triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	54	TRISENOX (Use arsenic trioxide)	35	TUMS LASTING EFFECTS CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9
triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	54	TRIUMEQ TABS _____	41	TUMS ULTRA 1000 CHEW PO (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9
TRIAMINIC COLD/COUGH DAY TIME SYRP PO _____	50	TRIVISC SOSY _____	83	TURALIO PO _____	35
		TRIZIVIR PO _____	41		

TWINRIX SUSY _____	99	LOTN _____	56	VALCHLOR _____	52
TYBLUME CHEW _____	46	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE ..	72	VALCYTE TABS PO (Use valganciclovir hcl) _____	41
TYBOST _____	41	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE _____	72	valganciclovir hcl TABS PO _____	41
TYKERB (Use lapatinib ditosylate) .	35	UNISOM SLEEPGELS CAPS PO (Use diphenhydramine hcl (sleep))	68	VALIUM TABS PO (Use diazepam) .	10
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPTABS PO (Use doxylamine succinate (sleep)) ____	68	valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP PO _____	91	valproic acid CAPS PO _____	15
TYLENOL CHILDRENS SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP PO _____	91	valrubicin _____	33
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS PO (Use acetaminophen) ____	5	UNITUXIN _____	32	valsartan TABS PO _____	26
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP PO (Use acetaminophen) _____	5	UP & UP GLUCOSE PO _____	19	valsartan-hydrochlorothiazide PO_	28
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP PO (Use acetaminophen) ____	6	UPRAVI SOLR _____	45	VALSTAR (Use valrubicin) _____	33
TYLENOL TABS PO (Use acetaminophen) _____	6	UPRAVI TABS _____	45	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD ____	13
TYMLOS _____	60	UPRAVI TITRATION TBPk ____	45	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK__	13
TYPHIM VI SOLN _____	97	urea CREA 40 % _____	55	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK__	13
TYPHIM VI SOSY _____	97	urea LOTN 40 % _____	55	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____	13
TYVASO REFILL KIT SOLN IN ____	44	UROCIT-K 10 TBCR PO (Use potassium citrate (alkalinizer)) ____	64	VALTrex PO 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	42
TYVASO SOLN IN _____	44	UROCIT-K 5 TBCR PO (Use potassium citrate (alkalinizer)) ____	64	VALTrex PO 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	42
TYVASO STARTER KIT SOLN IN .	44	URSO 250 TABS PO (Use ursodiol) ..	63	VALUE PLUS GLUCOSE PO ____	19
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE _____	72	ursodiol CAPS PO _____	63	VANCOCIN CAPS PO 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	28
ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC _____	75	ursodiol TABS PO 250 MG _____	63	VANCOCIN CAPS PO 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	28
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	56	VABYSMO SOLN _____	86	vancomycin hcl CAPS PO 125 MG .	28
ULTRATHON INSECT REPELLENT		VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	99	vancomycin hcl CAPS PO 250 MG .	28
		valacyclovir hcl PO 1 GM _____	42	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM ____	29
		valacyclovir hcl PO 500 MG _____	42	VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM .	29

vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .28	venlafaxine hcl TABS PO _____ 17	VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _ 31
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____ 29	venlafaxine hcl TB24 PO 150 MG .17	vigabatrin PACK _____ 14
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 _____ 17	vigabatrin TABS _____ 14
VANDAZOLE _____ 99	VENTAVIS IN _____ 44	VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____ 87
VAQTA _____ 99	VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 12	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) . 17
varenicline tartrate TABS PO ____ 93	verapamil hcl CP24 PO 100 MG, 200 MG _____ 44	VIJOICE TBPK _____ 79
varenicline tartrate TBPK _____ 94	verapamil hcl CP24 PO 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG__ 44	vilazodone hcl TABS _____ 17
VARIVAX SUSR _____ 99	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO (Use verapamil hcl) _____ 44	VILTEPSO _____ 84
VASERETIC PO 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____ 28	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 100 MG, 200 MG _____ 44	VIMIZIM _____ 62
VASOTEC TABS PO (Use enalapril maleate) _____ 26	VERAPAMIL HCL ER CP24 PO 300 MG, 360 MG _____ 44	vincristine sulfate _____ 36
VAXCHORA _____ 97	verapamil hcl TABS PO _____ 44	VIRACEPT TABS PO 250 MG ____ 41
VAXELIS SUSP _____ 95	verapamil hcl TBCR PO _____ 44	VIRACEPT TABS PO 625 MG ____ 41
VAXELIS SUSY _____ 95	VERELAN CP24 PO (Use verapamil hcl) _____ 44	VIREAD POWD _____ 41
VAXNEUVANCE _____ 97	VERELAN PM CP24 PO 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____ 44	VIREAD TABS PO (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____ 41
VECAMYL PO _____ 28	VERELAN PM CP24 PO 300 MG (Use verapamil hcl) _____ 44	VIREAD TABS PO 150 MG, 200 MG, 250 MG _____ 41
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____ 32	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 72	VISCO-3 SOSY _____ 83
VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib) 35	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE__ 72	VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____ 87
VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____ 44	VERSAFREE SYRP PO _____ 91	VISTARIL CAPS PO (Use hydroxyzine pamoate) _____ 9
VEMLIDY _____ 41	VERSAPLUS SYRP PO _____ 91	VISTOGARD _____ 22
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____ 32	VERZENIO _____ 35	VISUDYNE _____ 87
VENCLEXTA TABS _____ 32	VIBRAMYCIN CAPS PO (Use doxycycline hyclate) _____ 94	VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML . 100
venlafaxine hcl CP24 PO 150 MG. 17	VICTOZA (Use liraglutide) _____ 20	vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG _____ 100
venlafaxine hcl CP24 PO 37.5 MG 17		vitamin e CAPS PO 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT _____ 100
venlafaxine hcl CP24 PO 75 MG 17		

VITAMIN E CAPS PO _____	100	VYXEOS _____	33	XENAZINE PO (Use tetrabenazine)	93
VITAMIN E CHEW PO _____	100	WAKIX _____	1	XENLETA TABS _____	29
VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN PO _____	82	WALGREENS GLUCOSE CHEW PO	19	XERMELO _____	64
vitamins w/ lipotropics CAPS PO _	83	WALGREENS GLUCOSE PO ____	19	XGEVA SOLN _____	60
VITRAKVI CAPS PO _____	35	warfarin sodium TABS PO ____	12	XIAFLEX _____	78
VITRAKVI SOLN _____	35	WELIREG _____	33	XIGDUO XR PO (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl) _____	18
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP _____	59	WELLBUTRIN SR TB12 PO 100 MG (Use bupropion hcl) _____	15	XIPERE _____	88
VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) 63		WELLBUTRIN SR TB12 PO 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOAJ _____	10
VIVIMUSTA SOLN _____	30	WELLBUTRIN SR TB12 PO 200 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOLR _____	10
VIVITROL _____	22	WELLBUTRIN XL TB24 PO 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOSY _____	10
VIVOTIF PO _____	97	WELLBUTRIN XL TB24 PO 300 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____	12
VIZIMPRO _____	32	WELLBUTRIN XL TB24 PO 300 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOSPATA _____	35
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) · 52		white petrolatum-mineral oil ____	85	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) PO 50 MG _____	33
VONJO _____	35	WILATE KIT _____	65	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG _____	33
VONVENDI _____	65	WINDMILL TRAINER MISC ____	75	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) PO 40 MG _____	33
VOQUEZNA _____	96	WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML__	90	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) PO 60 MG _____	33
VORAXAZE _____	36	XALATAN SOLN (Use latanoprost) 88		XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) PO _____	33
VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _	35	XALKORI CAPS _____	35	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) PO 40 MG _____	33
VOTRIENT _____	35	XANAX TABS PO (Use alprazolam) · 10		XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) PO _____	33
VOXZOGO _____	62	XELJANZ SOLN _____	3	XTANDI CAPS _____	33
VYNDAMAX _____	45	XELJANZ TABS _____	3	XTANDI TABS _____	33
VYNDAQEL _____	45	XELJANZ XR TB24 PO _____	2	XURIDEN _____	62
VYONDYS 53 _____	84	XELODA PO (Use capecitabine) _	31	XYNTHA _____	65
VYTORIN PO (Use ezetimibe- simvastatin) _____	24	XEMBIFY _____	90		
VYVANSE CAPS PO _____	1				
VYVGART _____	78				

XYNTHA SOLOFUSE _____	65	ZAVESCA (Use miglustat) _____	66	ziprasidone hcl PO _____	37
XYREM SOLN PO _____	92	ZEJULA CAPS PO _____	35	ZIRABEV _____	31
XYWAV _____	92	ZELBORAF PO _____	35	ZITHROMAX PACK PO _____	70
XYZAL ALLERGY 24HR TABS PO (Use levocetirizine dihydrochloride) 24		ZEMAIRA SOLR 1000 MG _____	94	ZITHROMAX SUSR PO 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	70
YASMIN 28 PO (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	46	ZEMAIRA SOLR 4000 MG _____	94	ZITHROMAX SUSR PO 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	70
YAZ PO (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	46	ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 62		ZITHROMAX TABS PO 250 MG (Use azithromycin) _____	70
YERVOY _____	32	ZEPZELCA _____	30	ZITHROMAX TABS PO 500 MG (Use azithromycin) _____	70
YF-VAX INJ _____	99	ZESTORETIC PO 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	28	ZITHROMAX TRI-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	70
YONDELIS _____	30	ZESTORETIC PO 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) . 28		ZITHROMAX Z-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	70
YONSA _____	33	ZESTRIL TABS PO 2.5 MG (Use lisinopril) _____	26	ZITUVIMET TABS _____	18
YUFLYMA (1 PEN) AJKT _____	3	ZESTRIL TABS PO 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 26		ZITUVIO _____	20
YUFLYMA (2 PEN) AJKT _____	3	ZETIA PO (Use ezetimibe) _____	25	ZOCOR TABS PO 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	25
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT ____	3	ZEVALIN Y-90 _____	32	ZOKINVY _____	79
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT _____	3	ZIAC PO (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide) _____	28	ZOLADEX _____	33
YUSIMRY _____	3	ZIAGEN SOLN PO (Use abacavir sulfate) _____	41	zoledronic acid CONC _____	60
YUTIQ _____	88	ZIAGEN TABS PO (Use abacavir sulfate) _____	41	zoledronic acid SOLN _____	60
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	88	zidovudine CAPS PO _____	41	ZOLEDRONIC ACID SOLN ____	60
zaleplon PO 10 MG _____	68	zidovudine SYRP PO _____	41	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG ____	84
zaleplon PO 5 MG _____	68	zidovudine TABS PO _____	41	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG ____	84
ZALTRAP _____	31	ZILRETTA SRER _____	47	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	85
ZANAFLEX TABS PO 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	83	zinc oxide (topical) OINT 20 % ____	56	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	85
ZARONTIN CAPS PO (Use ethosuximide) _____	15	zinc sulfate CAPS PO _____	78	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	85
ZARONTIN SOLN PO (Use ethosuximide) _____	15	ZINPLAVA _____	90	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	85
ZARXIO _____	67			ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	85
				ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	85

ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	85	zolmitriptan SOLN 5 MG	76	ZYPREXA TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	38
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	85	zolmitriptan TABS PO	76	ZYPREXA TABS PO 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)	38
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	85	zolmitriptan TBDP PO	76	ZYRTEC ALLERGY TABS PO (Use cetirizine hcl)	24
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	85	ZOLOFT CONC PO (Use sertraline hcl)	17	ZYRTEC CHEW PO 10 MG (Use cetirizine hcl)	24
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	85	ZOLOFT TABS PO 100 MG (Use sertraline hcl)	17	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY 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 SOLN PO (Use cetirizine hcl) ____	24
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	85	zolpidem tartrate TABS PO ____	68	ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION PO (Use cetirizine- pseudoephedrine)	50
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	85	ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan)	76	ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS PO (Use cetirizine-pseudoephedrine) .	50
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	85	ZOMIG TABS PO 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan)	76	ZYTIGA (Use abiraterone acetate)	33
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	85	ZONEGRAN CAPS PO 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)	14		
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	85	zonisamide CAPS PO ____	14		
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	85	ZORBTIVE SC	60		
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	85	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical)	53		
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	85	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical)	53		
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	85	ZOVIRAX SUSP PO (Use acyclovir) .	42		
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	85	ZUBSOLV SUBL	8		
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	85	ZULRESSO	16		
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	85	ZYDELIG	35		
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	85	ZYKADIA TABS	35		
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	85	ZYLOPRIM PO (Use allopurinol) _	65		
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	85	ZYNLONTA	32		
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	85	ZYPREXA RELPREVV	38		
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	85	ZYPREXA TABS PO 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)	38		
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	85				
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	85				
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	85				
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG	85				
ZOLINZA	35				