

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



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

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

Planning for Healthy Babies® (P4HB): Programa de Farmacia de Planificación Familiar (FP)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de control de la natalidad para Planning for Healthy Babies®. Mujeres de Planificación Familiar (FP). El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir el embarazo estén cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos de Planificación Familiar (FP-PDL). Su médico debe recetar estos medicamentos.

Planning for Healthy Babies®: Lista de Medicamentos Preferidos de Planificación Familiar (FP-PDL)

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

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

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

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

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

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



Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Miembros](#).

Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM)

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

Límites de Dispensación

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

Uso Adecuado y Modificaciones de Seguridad

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

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

Autorización Previa (PA)

Algunos medicamentos de la FP-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si en su farmacia le informan que se necesita una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de Farmacia mediante el Formulario de Autorización Previa de Medicamentos. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. El formulario completo y las notas del médico que demuestren sus antecedentes deben enviarse por fax a Servicios de Farmacia al [1-833-582-2342](tel:1-833-582-2342). También se puede enviar una solicitud mediante el portal electrónico seguro de autorización previa de Cover My Meds en www.covermymeds.com.

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

- Existe una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.

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



- Otros medicamentos de la FP-PDL no han funcionado.

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

Terapia Escalonada

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

Límites de Cantidad

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

Solicitudes de Necesidad Médica

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

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

Todas las revisiones son realizadas por un farmacéutico clínico con licencia en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Utilizan los estándares establecidos por el Comité de P&T. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax

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



a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta incluirá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Política de Suministro de Emergencia de 72 Horas

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

Exclusiones

Solo las categorías de medicamentos incluidas en la FP-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para las mujeres de Planificación Familiar. Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

Medicamentos Cubiertos por el Beneficio Médico

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

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

Medicamentos de Venta Libre

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

Medicamentos Genéricos

Los medicamentos de marca no estarán cubiertos sin PA cuando haya disponible un medicamento genérico aceptable. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los

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



medicamentos de marca y funcionan de la misma manera. Si usted o su médico consideran que se necesita un medicamento de marca, su médico puede solicitar una PA. Cubriremos el medicamento de marca si hay una razón médica para que lo necesite. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta incluirá una lista de otros medicamentos. También le informará sobre el proceso de apelación.

Abastecer una Receta

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

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

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

Copagos

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

Información de Contacto

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

Asistencia Lingüística

¿Necesita que le traduzcan este documento? ¿Necesita ayuda para entender este documento? Si es así, llame a la línea de Servicios para Miembros de Peach State al 1-800-704-1484. Si tiene problemas auditivos, llame a nuestro número TDD/TTY 1-800-255-0056. Para obtener esta

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



información en letra grande o en una grabación de audio, llame a Servicios para Miembros. Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo alguno para usted. Peach State Health Plan cuenta con una línea telefónica de asistencia lingüística disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Abreviaturas de la Lista de Medicamentos Preferidos

ABREVIATURAS DE LOS NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de los Niveles
<i>P</i>	Medicamento Preferido

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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

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

ABREVIATURAS ESTÁNDAR			
Forma Farmacéutica	Abreviatura de la Forma Farmacéutica	Forma Farmacéutica	Abreviatura de la Forma Farmacéutica
<i>AEPB</i>	Polvo en Aerosol Activado por la Respiración	<i>IMPL</i>	Implante
<i>AERB</i>	Aerosol, activado por la respiración	<i>INHA</i>	Inhalador
<i>AERO</i>	Aerosol	<i>INJ</i>	Inyectable
<i>AJKT</i>	Kit de Autoinyector	<i>IUD</i>	Dispositivo Intrauterino
<i>AUIJ</i>	Autoinyector	<i>IV</i>	Intravenoso
<i>CAPS</i>	Cápsula	<i>LIQD</i>	Líquido
<i>CHEW</i>	Tableta Masticable	<i>LOTN</i>	Loción
<i>CONC</i>	Concentrado	<i>LOZG</i>	Pastilla
<i>CP12</i>	Cápsula ER 12 HR	<i>LPOP</i>	Paleta
<i>CP24</i>	Cápsula ER 24 HR	<i>MISC</i>	Otras consideraciones

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Forma Farmacéutica	Abreviatura de la Forma Farmacéutica
<i>CPCR</i>	Cápsula ER
<i>CPDR</i>	Cápsula de Liberación Retardada
<i>CPEP</i>	Cápsula con Partículas con Recubrimiento Entérico
<i>CPSP</i>	Cápsula para Espolvorear
<i>CREA</i>	Crema
<i>CSDR</i>	Cápsula de Liberación Retardada para Espolvorear
<i>DEVI</i>	Dispositivo
<i>ELIX</i>	Elixir
<i>EMUL</i>	Emulsión
<i>ENEM</i>	Enema
<i>EX</i>	Externo
<i>GRAN</i>	Granulomas
<i>IJ</i>	Inyección
<i>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 Quincenal
<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 de Solución
<i>SOCT</i>	Cartucho de Solución
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	intramuscular reconstituida
<i>SOPN</i>	Inyector Tipo Pluma de Solución
<i>SOSY</i>	Jeringa Precargada de Solución
<i>SRER</i>	Suspensión Reconstituida ER
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta Sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de Liberación Prolongada
<i>SUPN</i>	Inyector Tipo Pluma para Suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión

Forma Farmacéutica	Abreviatura de la Forma Farmacéutica
<i>N/A</i>	Nasal
<i>NEBU</i>	Solución para inhalación por nebulizador
<i>OINT</i>	Pomada
<i>OP</i>	Oftálmico
<i>OPHT</i>	Oftálmico
<i>OR</i>	Oral
<i>PACK</i>	Paquete
<i>PEN</i>	Inyector Tipo Pluma
<i>PNKT</i>	Kit de Inyector Tipo Pluma
<i>POT</i>	Potasio
<i>POWD</i>	Polvo
<i>PRSY</i>	Jeringa Precargada
<i>PSKT</i>	Kit de Jeringas Precargadas
<i>SUSR</i>	suspensión Reconstituida
<i>SUSY</i>	Jeringa Precargada para Suspensión
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Tableta ER de 12 horas con Disuasión de Abuso
<i>TABS</i>	Tabletas
<i>TB12</i>	Tableta ER de 12 horas
<i>TB24</i>	Tableta ER de 24 horas
<i>TBCR</i>	Tableta ER
<i>TBDP</i>	Tableta Dispersable
<i>TBEC</i>	Tableta Cubierta Entérica
<i>TBEF</i>	Tableta Efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de Terapia con Tabletas
<i>TBSO</i>	Tableta Soluble
<i>EXAMEN</i>	Prueba de Diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Troche
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Lámina
<i>XR</i>	Liberación Prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas			<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(1 EA diario; 90 EA por 120 día(s) en farmacia minorista)
Aminoglucósidos			Antimicóticos relacionados con el imidazole		
<i>neomycin sulfate TABS</i>	P		DIFLUCAN SUSR (<i>Usar fluconazol</i>)	NP	QL(70 ML por dispensación en farmacia minorista)
ZEMDRI	P	PA	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (<i>Usar fluconazol</i>)	NP	
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para Tratar el Dolor y las Afecciones Musculares y Articulares			<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ML por dispensación en farmacia minorista)
Combinaciones de opioides			<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	QL(180 ML diarios); 2 dispensaciones máximas por 30 día(s) en farmacia minorista	<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos Rectales para Tratar el Dolor, la Hinchazón y la Picazón			<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 EA por 14 día(s) en farmacia minorista)
Esteroides rectales			<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 EA diario)
PREPARATION H EX 1 %	NP	PA; RX/OTC	<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 EA diario)
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %	NP	PA; RX/OTC	SPORANOX CAPS (<i>Usar itraconazol</i>)	NP	QL(1 EA diario)
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Fúngicas			TOLSURA CAPS	P	PA
Antimicóticos			AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P		Agentes antiinfecciosos - Varios		
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P		<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P				
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 EA diarios)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)	<i>aztreonam</i>	P	PA
<i>trimethoprim TABS</i>	P		Polimixinas		
Antiinfecciosos varios - Combinaciones			<i>colistimethate sodium</i>	P	PA
BACTRIM DS TABS (<i>Usar sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP		COLY-MYCIN M (<i>Usar colistimethate sodium</i>)	NP	PA
BACTRIM TABS (<i>Usar sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP		ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar infecciones virales		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P		Agentes CMV		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P		GANCICLOVIR SODIUM SOLN	P	PA
Lipopéptidos cíclicos			PREVYMIS SOLN	P	PA
<i>daptomycin</i>	P	PA	PREVYMIS TABS	P	PA
DAPTOMYCIN (<i>Usar daptomycin</i>)	NP	PA	Agentes de herpes		
DAPTOMYCIN	P	PA	<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
Lincosamidas			<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (<i>Usar clindamycin hcl</i>)	NP		<i>acyclovir TABS PO 400 MG</i>	P	QL(3 EA diarios)
CLEOCIN (<i>Usar clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>acyclovir TABS PO 800 MG</i>	P	QL(50 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>clindamycin hcl 150 MG, 300 MG</i>	P		<i>valacyclovir hcl 1 GM</i>	P	QL(42 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>valacyclovir hcl 500 MG</i>	P	QL(2 EA diarios)
Monobactámicos			VALTrex 1 GM (<i>Usar valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
AZACTAM (<i>Usar aztreonam</i>)	NP	PA	VALTrex 500 MG (<i>Usar valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 EA diarios)

Georgia Medicaid Planificación Familiar

Efectivo en julio del 2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para Tratar Afecciones Cardíacas y Circulatorias		
Vasodilatadores Periféricos		
<i>inositol niacinate CAPS</i>	P	PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
Cefalosporinas – 1. ^a generación		
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML	P	PA
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas – 2. ^a generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 250 MG/5ML</i>	P	
<i>cefroxitin sodium IV</i>	P	PA
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista); AL(Hasta 12 años de edad)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
Cefalosporinas – 3. ^a generación		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM</i>	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para Prevenir el Embarazo		
Combinación de anticonceptivos - Oral		
BALCOLTRA (<i>Usar levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron</i>)	NP	PA
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico)</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (trifásico)</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG</i>	P	QL(1 EA diario)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (trifásico)</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron</i>	P	PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para Tratar Afecciones de la Piel			<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 EA por 180 día(s) en farmacia minorista)
Antivirales - Tópicos			Diversos Tópico		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por dispensación en farmacia minorista)	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA	P	PA
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	EPICYN SOLN	P	PA
ZOVIRAX CREA (<i>Usar acyclovir tópico</i>)	NP	QL(5 GM por dispensación en farmacia minorista)	HYCLODEX SOLN	P	PA
ZOVIRAX OINT (<i>Usar acyclovir tópico</i>)	NP	QL(30 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)	HYPOCYN SOLN	P	PA
Corticosteroides - Tópicos			QBREXZA	P	PA
BRYHALI LOTN	P	PA	Escabicidas y Pediculicidas		
CLOBETASOL PROPIONATE CREA 0.025 %	P	PA	<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA	ELIMITE CREA (<i>Usar permethrin</i>)	NP	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>hydrocortisone (tópico) LIQD</i>	P	PA	EURAX CREA	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
IMPOYZ CREA	P	PA	<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
LEXETTE FOAM (<i>Usar halobetasol propionate</i>)	NP	PA	PERMETHRIN CREA 5 % (<i>Usar permethrin</i>)	NP	QL(60 GM por dispensación en farmacia minorista)
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %</i>	P	PA	<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
RADIAURA CREA	P	PA	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	
SCARZEN SKIN REPAIR	P	PA	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %</i>	P	
Agentes inmunomoduladores - Tópicos					

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SB LICE TREATMENT LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %, 1 %	P		<i>methylcobalamin SUBL</i>	P	PA
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ML por 14 día(s) en farmacia minorista)	<i>methylcobalamin TBDP</i>	P	PA
STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	P		Ácido fólico/Folatos		
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas			<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
Fluoroquinolonas			Mezclas Hematopoyéticas		
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P		FOLI-D TABS	P	PA
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (<i>Usar ciprofloxacin hcl</i>)	NP		FOLVITE-D TABS	P	PA
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 EA diario; 14 EA por dispensación en farmacia minorista)	HEMATRON-AF	P	PA
<i>ofloxacin 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(56 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>iron carbonyl-senna-c-e-b6-b12-if-folic acid 600 MG-1320 MCG-200 MG-22.5 MG-100 MG-2000 MCG-165 MG-100 MG, 600 MG-200 MG-34 MG-100 MG-100 MG-2 MG-165 MG-30 MG-2 MG, 600 MG-200 MG-50 UNIT-50 MG-100 MG-1 MG-165 MG-2 MG</i>	P	PA
MEDICAMENTOS PARA LA GOTA - Medicamentos para Tratar la Gota			<i>iron-vit c-folate-b12-biotin-copper-vit e 500 MG-150 MCG-13.5 MG-3 MG-60 MCG-150 MG-1 MG, 500 MG-150 MCG-13.5 MG-3 MG-60 MCG-150 MG-1020 MCG, 500 MG-150 MCG-60 MCG-13.5 MG-3 MG-150 MG-1 MG</i>	P	PA
Uricosúricos			IRO-PLEX	P	PA
<i>probenecid</i>	P		MAXFE	P	PA
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para Tratar Trastornos de la Sangre			Hierro		
Cobalaminas			NOVAFERRUM LIQD	P	PA
CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	P	PA	<i>polysaccharide iron complex LIQD 100 MG/5ML</i>	P	PA
METHYLCOBALAMIN SOLR	P	PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MACRÓLIDOS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas			ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)
Azithromycin			ZITHROMAX TABS 250 MG (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)	ZITHROMAX TABS 500 MG (<i>Usar azithromycin</i>)	NP	QL(4 EA diarios)
<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(60 ML por dispensación en farmacia minorista)	Clarithromicina		
<i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 EA por 28 día(s) en farmacia minorista)	<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 EA diarios)	<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 EA por dispensación en farmacia minorista)
<i>ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Usar azithromycin)</i>	NP	QL(4 EA diarios)	Eritromicinas		
<i>ZITHROMAX Z-PAK TABS (Usar azithromycin)</i>	NP	QL(6 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>E.E.S. GRANULES SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)</i>	NP	
<i>ZITHROMAX PACK</i>	P	QL(2 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>ERYPED 200 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)</i>	NP	
<i>ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Usar azithromycin)</i>	NP	QL(15 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>ERYPED 400 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)</i>	NP	
			<i>erythromycin base CPEP</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>erythromycin base TABS</i>	P		ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
<i>erythromycin base TBEC</i>	P		MULTIVITAMINAS		
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P		Multivitamínicos con hierro		
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P		DAILY VITE MULTIVITAMIN/IRON TABS 50 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-15 MG-1.5 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P		DESTRESS-IRON TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS			FLORAVITA MINI TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
Anticonceptivos			MINI MULTI VITAMINS/IRON TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-10 MG-1.7 MG-10 MCG-13.5 MG-18 MG-25 MG-900 MCG-6 MCG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
FC2 FEMALE CONDOM	P		<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
FEMCAP DEVI	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista)	MULTIPLE VITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-18 MG-5000 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MALE CONDOMS-MISC	P	QL (36 por 30 días)			
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 EA por 365 día(s) en farmacia minorista)			
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS					
Productos homeopáticos					
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA			
AVENOC OINT	P	PA			
CALENDULA OINT	P	PA			
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA			
ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT	P	PA			
NEURAGEN PN OINT	P	PA			
PRID OINT	P	PA			
TRAUMEEL OINT	P	PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIVITAMIN PLUS IRON ADULT TABS 60 MG-2 MG-13.5 MG-400 MCG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-20 MG-1500 MCG-10 MG-18 MG-75 MG-1.5 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	QC DAILY MULTIVITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTI-VITAMIN/IRON TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-400 MCG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	STRESS B COMPLEX/IRON TABS 600 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-15 MG-100 MG-20 MG-27 MG-15 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
NAT-RUL DAILY-VITE+IRON TABS 60 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-2 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
ONE DAILY MULTIVITAMIN/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	STRESS FORMULA/IRON TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN/IRON TABS 50 MG-1 MG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-18 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
ONE-DAILY/IRON TABS 50 MG-2 MG-20 MG-1 MG-400 UNIT-1 MCG-1 MG-2.5 MG-18 MG-5000 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	TAB-A-VITE/IRON TABS 50 MG-1 MG-400 MCG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-15 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			Multivitaminas		
			ALTRIXA TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			AMLADEX TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			ANTI-OXIDANT TABS 250 MG-200 UNIT-10000 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			AVOWISE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIPLE VITAMINS ESSENTIAL TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-20 MG-1.5 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-5000 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	OMNICAP TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTIPLE VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-1.5 MG-30 UNIT-5000 UNIT, 60 MG-400 MCG-2 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-1.5 MG-400 UNIT-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONCE DAILY TABS 400 UNIT-50 MG-1 MG-2 MG-1 MCG-5000 UNIT-1 MG-2.5 MG-20 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTIVITAMIN IRON-FREE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-45 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE DAILY MULTIVITAMIN ADULT TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
MULTI-VITAMIN TABS 60 MG-2 MG-30 MCG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
NEOMULTIVITE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Usar multivitamínico</i>)	NP	QL(1 EA diario); RX/OTC
NEVVITE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Usar multivitamínico</i>)	NP	QL(1 EA diario); RX/OTC
			ONE-DAILY MULTI VITAMINS TABS 50 MG-20 MG-1 MG-1.5 MG-400 UNIT-3 MCG-1 MG-1.7 MG-4000 UNIT-60 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			ONE-DAILY MULTI-VITAMIN TABS 50 MG-1 MG-1.5 MG-10 MCG-3 MCG-1.7 MG-20 MG-1200 MCG-1 MG-60 MG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC

Georgia Medicaid Planificación Familiar

Efectivo en julio del 2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
QC ESSENTIALS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	THERA-TABS TABS 90 MG-3 MG-30 MCG-400 MCG-3 MG-20 MG-400 UNIT-9 MCG-5000 UNIT-10 MG-3.4 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
QUINTABS TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	THEREMS TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
RELCARE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	TM-DAILY VITE TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
STRESS FORMULA/ ZINC/ENERGY TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	TRUE DAILY VITE TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-1.7 MG-10 MCG-1500 MCG-6 MCG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
STRESS FORMULA TABS 500 MG-3 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-10 MG-100 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-15 MG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
STRESSTABS ENERGY TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	VIRELIX TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	VIREXA TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
TAB-A-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	VIT E-VIT C-BETA CAROTENE TABS 250 MG-5000 UNIT-200 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
THERA TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC	VITALEE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			VITRAX TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			VITRION TABS	P	QL(1 EA diario); RX/OTC
			Multivitaminas ped. con Hierro		
			BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN	P	PA
			ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	PA	NEO-VITAL RX TABS	P	PA
MULTIVITAMIN INFANTS/TODDLERS SOLN 11 MG/ML	P	PA	NOVYRA TABS 1 MG	P	PA
POLY-VITE/IRON SOLN	P	PA	ONENATAL RX TABS 1 MG	P	PA
Vitaminas múltiples pediátricas			PRENATAL GUMMIES	P	PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	PA	PRENATAL MULTI +DHA CAPS	P	PA
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	PA	PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	PA	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS	P	PA
POLY-VI-SOL SOLN PO	P	PA	PRENATVITE COMPLETE TABS	P	PA
POLY-VITA SOLN PO	P	PA	PRENATVITE PLUS TABS	P	PA
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	PA	PRENYRA TABS 1 MG	P	PA
Vitaminas prenatales			TARON-C DHA	P	PA
ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI	P	PA	WESNATAL DHA COMPLETE	P	PA
AZENTRA TABS	P	PA	ZALVIT TABS	P	PA
AZESCO TABS	P	PA	ZIPHEX TABS	P	PA
CENTRUM PRENATAL GUMMIES	P	PA	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para Tratar la Nariz o los Senos Paranasales		
CITRANATAL MEDLEY	P	PA	Agentes Nasales - Varios		
COMPLETE NATAL DHA	P	PA	NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
CVS PRENATAL GUMMY	P	PA	AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos para Tratar el Ojo		
DERMACINRX PRETRATE TABS	P	PA	Antiinfecciosos oftálmicos		
EMBRIVA TABS	P	PA	<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML por 30 día(s) en farmacia minorista)
FOLIVANE-OB	P	PA	PENICILINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
GESTYRA TABS	P	PA	Aminopenicilinas		
			<i>amoxicillin CAPS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P		<i>ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
<i>amoxicillin SUSR</i>	P		AUGMENTIN ES-600 SUSR (<i>Usar amoxicillin y pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P		AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por dispensación en farmacia minorista)
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P		AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (<i>Usar amoxicillin y pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)
Penicilinas naturales			Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P		<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P		<i>nafticillin sodium IV 10 GM</i>	P	PA
Combinaciones de penicilina			ULFONAMIDAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)	Sulfonamidas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por dispensación en farmacia minorista)	<i>sulfadiazine TABS</i>	P	
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por dispensación en farmacia minorista)	TETRACICLINAS - Medicamentos para Tratar Infecciones Bacterianas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por dispensación en farmacia minorista)	Tetraciclinas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 EA por dispensación en farmacia minorista)	<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P	
			<i>doxycycline hyclate TBEC</i>	P	PA
			<i>minocycline hcl CAPS</i>	P	
			MINOLIRA TB24	P	PA
			<i>tetracycline hcl CAPS</i>	P	
			VIBRAMYCIN CAPS (<i>Usar doxycycline hyclate</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TOXOIDES			PNEUMOVAX 23 SOSY	P	
Combinación de toxoides			PREVNAR 20	P	
ADACEL SUSP	P		TRUMENBA 0.5 ML	P	
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	P		TYPHIM VI SOLN	P	
BOOSTRIX SUSP	P		TYPHIM VI SOSY	P	
BOOSTRIX SUSY	P		VAXCHORA	P	
DAPTACEL	P		VAXNEUVANCE	P	
INFANRIX	P		VIVOTIF	P	
KINRIX SUSY	P		Vacunas virales		
PEDIARIX SUSY	P		ABRYSVO	P	
PENTACEL	P		ACAM2000 SOLR IJ	P	
QUADRACEL SUSP	P		AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
QUADRACEL SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU	P		AFLURIA SUSP	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		AREXVY	P	
VAXELIS SUSP	P		DENGVAxia	P	
VAXELIS SUSY	P		ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 dispensaciones máximas por 999 día(s) en farmacia minorista
VACUNAS			ENERGIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 dispensaciones máximas por 999 día(s) en farmacia minorista
Vacunas bacteriales			FLUAD	P	
ACTHIB SOLR IM	P				
BCG VACCINE	P				
BEXSERO 0.5 ML	P				
BIOTHRAX	P				
HIBERIX SOLR IJ	P				
MENQUADFI 0.5 ML	P				
MENVEO SOLN	P				
MENVEO SOLR	P				
PEDVAX HIB SUSP	P				
PENBRAYA	P				
PNEUMOVAX 23 SOLN	P				

Georgia Medicaid Planificación Familiar

Efectivo en julio del 2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLUAD QUADRIVALENT	P		GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Hasta 45 años de edad)
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P				
FLUARIX SUSY	P		GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Hasta 45 años de edad)
FLUBLOK QUADRIVALENT	P				
FLUBLOK SOSY	P		HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P		HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 dispensaciones máximas por 999 día(s) en farmacia minorista
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P				
FLUCELVAX SUSP	P		IMOVAX RABIES SUSR	P	
FLUCELVAX SUSY	P		IPOLE IJ	P	
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P		IXIARO	P	
FLULAVAL SUSY	P		JYNNEOS	P	
FLUMIST	P		M-M-R II SOLR	P	
FLUMIST QUADRIVALENT	P		PREHEVBRIO	P	Máximo de 3 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P				
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		PRIORIX SUSR	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		PROQUAD SUSR	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		RABAVER	P	
FLUZONE SUSP	P				
FLUZONE SUSY	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; 3 dispensaciones máximas por 999 día(s) en farmacia minorista	ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete(s) por 30 día(s) en farmacia minorista
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 dispensaciones máximas por 999 día(s) en farmacia minorista	OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 GM por dispensación en farmacia minorista)
ROTARIX SUSP	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	P	1 paquete(s) por 30 día(s) en farmacia minorista
ROTATEQ SOLN	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	
SHINGRIX	P	Máximo de 2 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista; AL(Al menos 50 años de edad)	Antiinfecciosos vaginales		
STAMARIL SUSR	P		CLEOCIN CREA (<i>Usar clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP	
TICOVAC	P		<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
TWINRIX SUSY	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
VAQTA	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ ML	P		GYNAZOLE-1	P	
VARIVAX SUSR	P	Máximo de 2 dispensaciones por 999 día(s) en farmacia minorista	<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 GM por dispensación en farmacia minorista)
YF-VAX SUSR	P		MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	P	QL(7 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS			<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	QL(45 GM por 30 día(s) en farmacia minorista)
Productos Vaginales Varios					
TRIMO-SAN	P	PA			
Espermicidas					

Georgia Medicaid Planificación Familiar

Efectivo en julio del 2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 EA por 30 día(s) en farmacia minorista)
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	
VANDAZOLE	P	QL(70 GM por dispensación en farmacia minorista)
Estrógenos vaginales		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA

ÍNDICE

ABRYSVO	15	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG	14	azithromycin TABS 600 MG	7
ACAM2000 SOLR IJ.....	15	amoxicillin CAPS	13	aztreonam.....	2
ACTHIB SOLR IM.....	15	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG.....	14	BACTRIM DS TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	2
acyclovir CAPS.....	2	amoxicillin SUSR.....	14	BACTRIM TABS (Usar sulfamethoxazole-trimethoprim)	2
acyclovir SUSP.....	2	amoxicillin TABS 875 MG	14	BALCOLTRA (Usar levonorgestrel- ethinyl estradiol-iron)	3
acyclovir TABS PO 400 MG	2	ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM.....	14	BCG VACCINE	15
acyclovir TABS PO 800 MG	2	ampicillin CAPS 500 MG	14	BEXSERO 0.5 ML	15
acyclovir topical CREA	5	ANTI-OXIDANT TABS 250 MG-200 UNIT-10000 UNIT	9	BIOTHRAX	15
acyclovir topical OINT.....	5	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA.....	5	BOOSTRIX SUSP	15
ADACEL SUSP.....	15	AREXVY	15	BOOSTRIX SUSY	15
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML.....	15	ARNICARE ARNICA OINT	8	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO.....	13
AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	15	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Usar amoxicillin y pot clavulanate).....	14	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/ FE SOLN	12
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	15	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML.....	14	BRYHALI LOTN.....	5
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML.....	15	AUGMENTIN TABS 125 MG- 500 MG (Usar amoxicillin y pot clavulanate)	14	CALENDULA OINT.....	8
AFLURIA SUSP	15	AVENOC OINT	8	cefaclor CAPS	3
ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI	13	AVOWISE TABS	9	cefaclor SUSR 250 MG/5ML	3
ALTRIXA TABS	9	AZACTAM (Usar aztreonam).....	2	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML.....	3
AMLADEX TABS	9	AZENTRA TABS	13	cefdinir CAPS	3
amoxicillin & pot clavulanate CHEW.....	14	AZESCO TABS.....	13	cefdinir SUSR.....	3
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML.....	14	azithromycin PACK.....	7	cefoxitin sodium IV	3
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML.....	14	azithromycin SUSR 100 MG/5ML.....	7	cefprozil SUSR	3
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML.....	14	azithromycin SUSR 200 MG/5ML.....	7	cefprozil TABS	3
amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG.....	14	azithromycin TABS 250 MG	7	ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM.....	3
		azithromycin TABS 500 MG	7	cefuroxime axetil TABS	3
				CENTRUM MENOPAUSE MIND/ MOOD TABS	9

CENTRUM PRENATAL GUMMIES	13	CVS NERVE PAIN RELIEF OINT.....	8	DAPTOMYCIN.....	2
cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG.....	3	CVS PRENATAL GUMMY	13	DENGVAIXA.....	15
cephalexin SUSR	3	CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	6	DEPO-PROVERA SUSP IM (Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)).....	4
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Usar ciprofloxacin hcl).....	6	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	10	DEPO-PROVERA SUSY IM (Usar medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo)).....	4
ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	6	DAILY VALUE MULTIVITAMIN TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG-30 UNIT-400 MCG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG, 400 UNIT-60 MG-2 MG-300 MCG-400 MCG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT	10	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC.....	4
CITRANATAL MEDLEY	13	DAILY VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT....	10	DERMACINRX PRETRATE TABS	13
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML.....	7	DAILY VITE MULTIVITAMIN/IRON TABS 50 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-15 MG-1.5 MG	8	desogestrel & ethinyl estradiol.....	3
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML.....	7	DAILY VITE TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-30 UNIT-400 MCG-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG, 60 MG-2 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	10	desogestrel-ethinyl estradiol (bifásico).....	3
clarithromycin TABS	7	DAILY VITES TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-6 MCG-5000 UNIT-10 MG-1.7 MG-20 MG-400 UNIT-30 UNIT	10	desogestrel-ethinyl estradiol (trifásico).....	3
clarithromycin TB24.....	7	DAILY-VITE MULTIVITAMIN TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG	10	DESTRESS-IRON TABS	8
CLEOCIN (Usar clindamycin palmitate hydrochloride)	2	DAILY-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT	10	dicloxacillin sodium.....	14
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Usar clindamycin hcl).....	2	DAPTACEL.....	15	DIFLUCAN SUSR (Usar fluconazol)	1
CLEOCIN CREA (Usar clindamycin phosphate vaginal)	17	DAPTOMYCIN (Usar daptomycin).....	2	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Usar fluconazol)	1
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG.....	2	daptomycin	2	doxycycline hyclate CAPS.....	14
clindamycin palmitate hydrochloride	2			doxycycline hyclate TABS 100 MG.....	14
clindamycin phosphate vaginal CREA.....	17			doxycycline hyclate TBEC	14
CLOBETASOL PROPIONATE CREA 0.025 %	5			drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG.....	3
clotrimazole vaginal CREA 1 %	17			drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG.....	3
clotrimazole vaginal CREA 2 %	17			E.E.S. GRANULES SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate).....	7
colistimethate sodium	2			ELIMITE CREA (Usar permethrin)	5
COLY-MYCIN M (Usar colistimethate sodium).....	2			EMBRIVA TABS.....	13
COMPLETE NATAL DHA	13			ENCARE SUPP 100 MG	17
crotamiton LOTN	5				

ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	12	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	16	GNP ESSENTIAL ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-75 MG-1.5 MG-30 UNIT	10
ENGRIX-B SUSP 20 MCG/ML.....	15	FLUCELVAX SUSP	16	griseofulvin microsize SUSP	1
ENGRIX-B SUSY	15	FLUCELVAX SUSY	16	griseofulvin microsize TABS	1
EPICYN SOLN	5	fluconazole SUSR	1	griseofulvin ultramicrosize	1
ERYPED 200 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)	7	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG	1	GYNAZOLE-1	17
ERYPED 400 SUSR (Usar erythromycin ethylsuccinate)	7	fluconazole TABS 150 MG	1	halobetasol propionate FOAM.....	5
erythromycin base CPEP	7	fluconazole TABS 50 MG	1	HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML.....	16
erythromycin base TABS	8	FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	16	HEALTHY HAIR/SKIN/NAILS TABS 2 MG-2000 MCG-400 MCG-25 MG- 100 MG-25 MCG-1.7 MG-10 MG- 40 MG-1.5 MG-50 MG-2500 UNIT- 50 MG-50 MG.....	10
erythromycin base TBEC.....	8	FLULAVAL SUSY	16	HEMATRON-AF	6
erythromycin ethylsuccinate SUSR.....	8	FLUMIST	16	HEPLISAV-B SOSY	16
erythromycin ethylsuccinate TABs	8	FLUMIST QUADRIVALENT.....	16	HIBERIX SOLR IJ.....	15
erythromycin stearate TABS 250 MG.....	8	FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	16	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABs	10
ESTROFACTORS TABS	10	FLUZONE HIGH-DOSE SUSY.....	16	HYCLODEX SOLN	5
ethynodiol diacet & eth estrad	3	FLUZONE QUADRIVALENT SUSP.....	16	hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML.....	1
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	4	FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	16	hydrocortisone (tópico) LIQD.....	5
EURAX CREA	5	FLUZONE SUSP	16	HYPOCYN SOLN	5
FC2 FEMALE CONDOM.....	8	FLUZONE SUSY	16	ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT	8
FEMCAP DEVI	8	FOLAWISE TABS.....	10	imiquimod 5 %	5
FLORAVITA MINI TABS.....	8	FOLCYTEINE TABS.....	10	IMOVAX RABIES SUSR.....	16
FLUAD	15	folic acid TABS 1 MG.....	6	IMPOYZ CREA.....	5
FLUAD QUADRIVALENT	16	FOLI-D TABS.....	6	IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	18
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	16	FOLIVANE-OB.....	13	INFANRIX.....	15
FLUARIX SUSY.....	16	FOLVITE-D TABS.....	6		
FLUBLOK QUADRIVALENT	16	GANCICLOVIR SODIUM SOLN.....	2		
FLUBLOK SOSY	16	GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML.....	16		
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP.....	16	GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML.....	16		
		GESTYRA TABS	13		

inositol niacinate CAPS	3	MAXFE	6	MULTIPLE VITAMIN-FOLIC ACID TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 UNIT	10
IPOL IJ.....	16	medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSP IM	4	MULTIPLE VITAMINS ESSENTIAL TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-20 MG- 1.5 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-5000 UNIT	11
iron carbonyl-senna-c-e-b6-b12-if- folic acid 600 MG-1320 MCG-200 MG-22.5 MG-100 MG-2000 MCG-165 MG-100 MG, 600 MG-200 MG-34 MG-100 MG-100 MG-2 MG-165 MG-30 MG-2 MG, 600 MG-200 MG- 50 UNIT-50 MG-100 MG-1 MG-165 MG-2 MG.....	6	medroxyprogesterone acetate (anticonceptivo) SUSY IM	4	MULTIPLE VITAMINS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-1.5 MG-30 UNIT-5000 UNIT, 60 MG-400 MCG-2 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-1.5 MG-400 UNIT-30 UNIT	11
iron-vit c-folate-b12-biotin-copper-vit e 500 MG-150 MCG-13.5 MG-3 MG-60 MCG-150 MG-1 MG, 500 MG-150 MCG-13.5 MG-3 MG-60 MCG-150 MG-1020 MCG, 500 MG-150 MCG- 60 MCG-13.5 MG-3 MG-150 MG-1 MG.....	6	MENQUADFI 0.5 ML	15	multiple vitamins w/ iron TABS	8
IRO-PLEX.....	6	MENVEO SOLN	15	MULTIPLE VITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-6 MCG-10 MG-1.7 MG-400 UNIT-30 UNIT-18 MG-5000 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG- 400 MCG-400 UNIT-6 MCG-10 MG- 1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-18 MG- 1.5 MG-30 UNIT	8
itraconazole CAPS	1	MENVEO SOLR	15	MULTIVITAMIN ADULT TABS	11
IXIARO	16	METHYLCOBALAMIN SOLR	6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN.....	13
JYNNEOS.....	16	methylcobalamin SUBL	6	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	13
ketoconazole	1	methylcobalamin TBDP	6	MULTIVITAMIN INFANTS/ TODDLERS SOLN 11 MG/ML.....	13
KINRIX SUSY	15	metronidazole TABS 250 MG, 500 MG.....	1	MULTIVITAMIN IRON-FREE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-45 MG-1.5 MG-30 UNIT	11
levofloxacin TABS.....	6	metronidazole vaginal.....	17	MULTIVITAMIN PLUS IRON ADULT TABS 60 MG-2 MG-13.5 MG-400 MCG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-20 MG-1500 MCG-10 MG-18 MG-75 MG-1.5 MG.....	9
levonorgestrel & eth estradiol TABS	3	MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	17		
levonorgestrel (oc de emergencia) 1.5 MG.....	4	miconazole nitrate vaginal CREA ...	17		
levonorgestrel-eth estradiol (trifásico).....	3	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG.....	18		
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días) 0.03 MG-0.15 MG.....	3	miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG.....	18		
levonorgestrel-ethinyl estradiol- iron.....	3	MINCORA TABS.....	10		
LEXETTE FOAM (Usar halobetasol propionate)	5	MINI MULTI VITAMINS/IRON TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-10 MG-1.7 MG-10 MCG-13.5 MG-18 MG-25 MG-900 MCG-6 MCG	8		
lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %	5	minocycline hcl CAPS	14		
MALE CONDOMS-MISC.....	8	MINOLIRA TB24	14		
		MIRCETTE (Usar desogestrel- ethinyl estradiol (bifásico)).....	4		
		M-M-R II SOLR.....	16		
		MULTI VITAMIN TABS.....	10		
		MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	10		
		multiple vitamin TABS.....	11		

MULTI-VITAMIN TABS 60 MG-2 MG-30 MCG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	11	NOVYRA TABS 1 MG.....	13	ONE-DAILY MULTI-VITAMIN/IRON TABS 50 MG-1 MG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-18 MG	9
MULTIVITAMIN TABS.....	10	NOZIN NASAL SANITIZER KIT	13	ONE-DAILY/IRON TABS 50 MG-2 MG-20 MG-1 MG-400 UNIT-1 MCG-1 MG-2.5 MG-18 MG-5000 UNIT	9
MULTI-VITAMIN/IRON TABS 400 UNIT-60 MG-2 MG-400 MCG-6 MCG-5000 UNIT-1.7 MG-20 MG-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT, 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	9	NUVARING (Usar etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	ONENATAL RX TABS 1 MG	13
nafcillin sodium IV 10 GM.....	14	nystatin TABS	1	OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL.....	17
NAT-RUL DAILY-VITE+IRON TABS 60 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-2 MG-30 UNIT	9	ofloxacin 300 MG, 400 MG.....	6	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	13
NEOMULTIVITE TABS	11	OMNICAP TABS.....	11	PEDIARIX SUSY	15
neomycin sulfate TABS	1	OMNIFLEX DIAPHRAGM	8	PEDVAX HIB SUSP	15
NEO-VITAL RX TABS	13	ONCE DAILY TABS 400 UNIT-50 MG-1 MG-2 MG-1 MCG-5000 UNIT-1 MG-2.5 MG-20 MG.....	11	PENBRAYA.....	15
NEURAGEN PN OINT.....	8	ONE DAILY ESSENTIAL TABS	11	penicillin v potassium SOLR.....	14
NEWVITE TABS	11	ONE DAILY ESSENTIALS TABS ...	11	penicillin v potassium TABS	14
norelgestromin-ethinyl estradiol.....	4	ONE DAILY MULTIVITAMIN ADULT TABS 60 MG-2 MG-0.4 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	11	PENTACEL.....	15
norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG	4	ONE DAILY MULTIVITAMIN/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT	9	PERMETHRIN CREA 5 % (Usar permethrin)	5
norethindrone & eth estradiol	4	ONE DAILY TABS 60 MG-2 MG-1.5 MG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT	11	permethrin CREA.....	5
norethindrone (anticonceptivo).....	4	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	11	permethrin LIQD EX	5
norethindrone acet & eth estra TABS	4	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Usar multivitamínico).....	11	PNEUMOVAX 23 SOLN	15
norethindrone-eth estradiol (trifásico).....	4	ONE-A-DAY MENS TABS (Usar multivitamínico).....	11	PNEUMOVAX 23 SOSY	15
norgestimate-ethinyl estradiol (trifásico).....	4	ONE-DAILY MULTI VITAMINS TABS 50 MG-20 MG-1 MG-1.5 MG-400 UNIT-3 MCG-1 MG-1.7 MG-4000 UNIT-60 MG	11	polysaccharide iron complex LIQD 100 MG/5ML.....	6
norgestimate-ethinyl estradiol.....	4	ONE-DAILY MULTI-VITAMIN TABS 50 MG-1 MG-1.5 MG-10 MCG-3 MCG-1.7 MG-20 MG-1200 MCG-1 MG-60 MG.....	11	POLY-VI-SOL SOLN PO.....	13
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG.....	4			POLY-VITA SOLN PO.....	13
NOVAFERRUM LIQD	6			POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	13
				POLY-VITE/IRON SOLN.....	13
				PREHEVBRIO	16
				PRENATAL GUMMIES	13
				PRENATAL MULTI +DHA CAPS	13
				PRENATAL VITAMINS-MISC	13

PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS.....13	RECOMBIVAX HB SUSP17	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS2
PRENATVITE COMPLETE TABS ..13	RELCARE TABS12	TAB-A-VITE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-20 MG-1.5 MG-10 MCG-6 MCG-1.7 MG-1500 MCG.....12
PRENATVITE PLUS TABS.....13	ROTARIX SUSP17	
PRENYRA TABS 1 MG13	ROTATEQ SOLN.....17	
PREPARATION H EX 1 %.....1	SB LICE TREATMENT LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %, 1 %6	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-45 MG-30 UNIT12
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %.....1	SCARZEN SKIN REPAIR.....5	
PREVNAR 2015	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM6	TAB-A-VITE/IRON TABS 50 MG-1 MG-400 MCG-20 MG-2 MG-10 MCG-1 MCG-2.5 MG-1500 MCG-1 MG-15 MG.....9
PREVYMIS SOLN2	SEASONIQUE (Usar levonorgestrel-ethinyl estradiol (91 días)).....4	
PREVYMIS TABS.....2	SHINGRIX17	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS9
PRID OINT8	SPORANOX CAPS (Usar itraconazol).....1	TARON-C DHA.....13
PRIORIX SUSR.....16	STAMARIL SUSR.....17	TDVAX SUSP15
probenecid.....6	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %.....6	TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU.....15
PROQUAD SUSR16	STRESS B COMPLEX/IRON TABS 600 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-15 MG-100 MG-20 MG-27 MG-15 MG-30 UNIT9	terbinafine hcl TABS1
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %.....5		terconazole vaginal CREA.....18
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %5	STRESS FORMULA TABS 500 MG-3 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-12 MCG-10 MG-100 MG-20 MG-10 MG-30 UNIT, 500 MG-5 MG-45 MCG-400 MCG-15 MG-12 MCG-20 MG-10 MG-100 MG-30 UNIT12	terconazole vaginal SUPP18
QBREXZA.....5	STRESS FORMULA/IRON TABS9	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP15
QC DAILY MULTIVITAMINS/IRON TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-18 MG-1.5 MG-30 UNIT9	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS9	tetracycline hcl CAPS.....14
QC ESSENTIALS TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-5000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT12	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS12	THERA TABS12
QUADRACEL SUSP.....15	STRESSTABS ENERGY TABS.....12	THERA-TABS TABS 90 MG-3 MG-30 MCG-400 MCG-3 MG-20 MG-400 UNIT-9 MCG-5000 UNIT-10 MG-3.4 MG-30 UNIT12
QUADRACEL SUSY.....15	sulfadiazine TABS14	THEREMS TABS.....12
QUINTABS TABS12	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP2	TICOVAC.....17
RABAVERT.....16		tinidazole 500 MG.....2
RADIAURA CREA5		tioconazole vaginal 6.5 %.....18
RECOMBIVAX HB SUSP17		TM-DAILY VITE TABS12
		TOLSURA CAPS1
		TRAUMEEL OINT.....8

trifluridine	13	VIRELIX TABS	12	ZOVIRAX CREA (Usar acyclovir tópico).....	5
trimethoprim TABS	2	VIREXA TABS	12	ZOVIRAX OINT (Usar acyclovir tópico).....	5
TRIMO-SAN	17	VIT E-VIT C-BETA CAROTENE TABS 250 MG-5000 UNIT-200 UNIT	12		
TRUE DAILY VITE TABS 60 MG-400 MCG-1.5 MG-20 MG-2 MG-1.7 MG- 10 MCG-1500 MCG-6 MCG	12	VITALEE TABS 60 MG-2 MG-400 MCG-400 UNIT-6 MCG-1.7 MG-20 MG-3000 UNIT-10 MG-1.5 MG-30 UNIT	12		
TRUE MULTIVITAMIN TABS	12	VITRAX TABS	12		
TRUMENBA 0.5 ML	15	VITRION TABS	12		
TWINRIX SUSY	17	VIVOTIF	15		
TYBLUME CHEW	4	WESNATAL DHA COMPLETE	13		
TYPHIM VI SOLN	15	YASMIN 28 (Usar drospirenone- ethinyl estradiol)	4		
TYPHIM VI SOSY	15	YAZ (Usar drospirenone-ethinyl estradiol)	4		
valacyclovir hcl 1 GM	2	YF-VAX SUSR	17		
valacyclovir hcl 500 MG	2	ZALVIT TABS	13		
VALTREX 1 GM (Usar valacyclovir hcl)	2	ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	8		
VALTREX 500 MG (Usar valacyclovir hcl)	2	ZEMDRI	1		
VANDAZOLE	18	ZIPHEX TABS	13		
VAQTA	17	ZITHROMAX PACK	7		
VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ ML	17	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Usar azithromycin)	7		
VARIVAX SUSR	17	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Usar azithromycin)	7		
VAXCHORA	15	ZITHROMAX TABS 250 MG (Usar azithromycin)	7		
VAXELIS SUSP	15	ZITHROMAX TABS 500 MG (Usar azithromycin)	7		
VAXELIS SUSY	15	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Usar azithromycin)	7		
VAXNEUVANCE	15	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Usar azithromycin)	7		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	17				
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	17				
VIBRAMYCIN CAPS (Usar doxycycline hyclate)	14				