

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

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

Programa de farmacia

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

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

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

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

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

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

Medicamentos de especialidad

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

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

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

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

Límites de dispensación

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

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

Terapia escalonada

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

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

Límites de cantidad

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

Límites de edad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

Exclusiones

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

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

Productos aprobados recientemente

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

Medicamentos de venta libre

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

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

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

Medicamentos genéricos

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

Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos

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

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

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

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

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

Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan: 1-800-704-1484
 Fax: 1-800-659-7518

Línea TTY/TDD de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan: 1-800-255-0056

Autorizaciones previas de servicios de farmacia: 1-866-399-0928
 Fax: 1-833-582-2342

Servicio de ayuda de farmacia de Express Scripts: 1- 833-750-4403

Ayuda de idiomas

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

ABREVIATURAS en la Lista de medicamentos preferidos

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

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

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

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

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

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin sulfate SOLN IJ</i>	P	PA
<i>tobramycin sulfate SOLR</i>	P	PA
<i>tobramycin NEBU</i>	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XELJANZ XR TB24	P	SP; PA
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA
Antimetabolitos antirreumáticos		
METHOTREXATE	P	
OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	P	SP; PA
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML	P	SP; PA
REDITREX SOSY	P	SP; PA
Alfa inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)- anticuerpos monoclonales		
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB M CROHNS/UC/HS STARTER AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB M PSORIASIS/UEVITIS STARTER AJKT	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADALIMUMAB-ADB M STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT	P	PA
ADALIMUMAB-ADB M STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS AJKT	P	PA
ADALIMUMAB-ADB M AJKT	NP	PA
ADALIMUMAB-ADB M AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB M AJKT	P	PA
ADALIMUMAB-ADB M PSKT 40 MG/0.4ML	P	PA
ADALIMUMAB-ADB M PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB M PSKT 40 MG/0.8ML	NP	
ADALIMUMAB-FKJP AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-FKJP PSKT 20 MG/0.4ML	NP	
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT	NP	
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT	NP	SP
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS AJKT	NP	
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS AJKT	NP	SP
CYLTEZO AJKT	NP	SP
CYLTEZO AJKT	NP	
CYLTEZO PSKT	NP	SP

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CYLTEZO PSKT 40 MG/0.4ML	NP		<i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>	P	
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA	<i>diclofenac sodium TBEC</i>	P	
HADLIMA SOSY	P	SP; PA	<i>etodolac CAPS</i>	P	
HULIO AJKT	NP	SP	<i>etodolac TABS</i>	P	
HULIO PSKT	NP	SP	FELDENE CAPS (<i>Use piroxicam</i>)	NP	
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML	NP	SP	<i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>	P	
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML	NP	SP	<i>flurbiprofen TABS</i>	P	
YUSIMRY	P	SP; PA	<i>ibuprofen lysine</i>	P	
Bloqueadores de la interleucina 1			<i>ibuprofen CHEW</i>	P	OTC
ARCALYST	P	SP; PA	<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC
Antagonista del receptor de la interleucina 1 (IL-1Ra)			<i>ibuprofen SUSP 100 MG/5ML</i>	P	RX/OTC
KINERET SOSY	P	SP; PA	<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
ILARIS SOLN	P	SP; PA	INDOCIN SUSP (<i>Use indomethacin</i>)	NP	
Inhibidores del receptor de la interleucina 6			INDOMETHACIN	P	
ACTEMRA ACTPEN SOAJ	P	SP; PA	<i>indomethacin sodium</i>	P	
ACTEMRA SOLN	P	SP; PA	<i>indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG</i>	P	
ACTEMRA SOSY	P	SP; PA	<i>indomethacin SUPP</i>	P	
Agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)			<i>indomethacin SUSP</i>	P	
ADVIL TABS (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC	INFANTS ADVIL SUSP (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC
ALEVE ARTHRITIS TABS (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	<i>ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML</i>	P	
ALEVE TABS (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
ANAPROX DS TABS (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP		<i>ketorolac tromethamine TABS</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años)
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	LODINE TABS (<i>Use etodolac</i>)	NP	
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>meloxicam TABS</i>	P	
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>nabumetone</i>	P	
NALFON CAPS (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP	
NAPROSYN SUSP (Use <i>naproxen</i>)	NP	
NAPROSYN TABS 500 MG (Use <i>naproxen</i>)	NP	
<i>naproxen sodium TABS 220 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG</i>	P	
<i>naproxen SUSP</i>	P	
<i>naproxen TABS</i>	P	
NEOPROFEN (Use <i>ibuprofen lysine</i>)	NP	
<i>piroxicam CAPS</i>	P	
<i>sulindac TABS</i>	P	
TIVORBEX CAPS (Use <i>indomethacin</i>)	NF	
Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
OTEZLA TABS	P	SP; PA
OTEZLA TBPk	P	SP; PA
Inhibidores de la síntesis de pirimidina		
ARAVA (Use <i>leflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>leflunomide</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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones de analgésicos		
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>butalbital-aspirin-caffeine CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ESGIC TABS (Use <i>butalbital-acetaminophen-caffeine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Otros analgésicos		
<i>acetaminophen CHEW</i>	P	OTC
<i>acetaminophen ELIX</i>	P	OTC
<i>acetaminophen LIQD 160 MG/5ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SOLN OR 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acetaminophen SUSP 80 MG/2.5ML, 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML</i>	P	OTC
<i>acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG</i>	P	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
INFANTS SILAPAP SOLN OR	P	QL(30 ml por surtido al por menor)
OFIRMEV SOLN IV (Use <i>acetaminophen</i>)	NF	
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos		
PRIALT	P	SP; PA
Salicilatos		
aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)	P	OTC
aspirin CHEW	P	OTC
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
aspirin TABS 325 MG	P	OTC
aspirin TBEC 81 MG, 325 MG	P	OTC
BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))	NP	OTC
diflunisal TABS	P	
ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin)	NP	OTC
ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin)	NP	OTC
ECOTRIN TBEC (Use aspirin)	NP	OTC
salsalate	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
Agonistas opioides		
codeine sulfate TABS 30 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
CODEINE SULFATE TABS	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 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	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
hydromorphone hcl TABS 8 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
meperidine hcl SOLN OR 50 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día)
meperidine hcl TABS 50 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
methadone hcl TABS 10 MG	P	QL(10 cada día); PA
methadone hcl TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); PA
morphine sulfate SOLN OR 20 MG/ML, 100 MG/5ML	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ml al día)	ULTRAM TABS (<i>Use tramadol hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>morphine sulfate SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)	Combinaciones de opioides		
<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>acetaminophen w/ codeine SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día); AL(AI menos 12 años)
<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	QL(3 cada día)	<i>acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
MS CONTIN TBCR (<i>Use morphine sulfate</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
OXAYDO TABS 5 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>oxycodone hcl CAPS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(180 ml al día)
<i>oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día)	<i>oxycodone w/ acetaminophen SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día)
<i>oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA	<i>oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	<i>PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen)</i>	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)			
OXYCONTIN T12A	P	QL(2 cada día); PA			
ROXICODONE TABS 30 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			
ROXICODONE TABS 5 MG, 15 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)			
<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tramadol-acetaminophen</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ULTRACET (<i>Use tramadol-acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
Agonistas parcialmente opioides		
BELBUCA FILM	P	PA
BUPRENEX SOLN (<i>Use buprenorphine hcl</i>)	NP	PA
<i>buprenorphine hcl FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 750 MCG, 900 MCG</i>	P	PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL</i>	P	QL(3 cada día)
<i>buprenorphine hcl SOLN</i>	P	PA
<i>buprenorphine hcl SUBL</i>	P	PA
SUBLOCADE SOSY	P	2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (<i>Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(3 cada día)
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (<i>Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(2 cada día); PA
ZUBSOLV SUBL	P	PA
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Andrógenos		
AVEED SOLN	P	SP; PA
METHITEST TABS	P	
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
<i>testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML</i>	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML</i>	P	QL(0.2858 ml al día)
<i>testosterone enanthate SOLN IM</i>	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón		
Esteroides intrarrectales		
CORTENEMA (<i>Use hydrocortisone (intrarectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	P	
Combinaciones rectales		
ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides rectales		
ANUSOL-HC EX (<i>Use hydrocortisone (rectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %</i>	P	
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor); RX/OTC
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	NP	RX/OTC
ANTIÁCIDOS		
Combinaciones de antiácidos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>alum & mag hydrox-simethicone LIQD</i>	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>alum & mag hydrox-simethicone SUSP</i>	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos - sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML	P	OTC
Antiácidos: bicarbonato		
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 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 500 MG</i>	P	OTC
TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NF	
TUMS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
Antiácidos: sales de magnesio		
<i>magnesium oxide TABS 400 MG</i>	P	OTC
ANTELMIÑTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA
EMVERM CHEW	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<i>pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML</i>	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
Nitratos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use <i>isosorbide dinitrate</i>)	NP	
<i>isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG</i>	P	
<i>isosorbide mononitrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>isosorbide mononitrate TB24</i>	P	QL(1 cada día)
NITRO-BID OINT	P	
NITRO-DUR PT24 (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
<i>nitroglycerin CPCR</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>buspirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>buspirone hcl 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS</i>	P	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>	P	
<i>meprobamate</i>	P	
VISTARIL CAPS (Use <i>hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ATIVAN TABS (Use <i>lorazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>chlordiazepoxide hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam SOLN OR 5 MG/5ML</i>	P	AL (6 meses a 12 años)
<i>diazepam TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>lorazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use <i>clorazepate dipotassium</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS (Use <i>diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS (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</i>	P	
NORPACE CR CP12 150 MG	P	
NORPACE CAPS (Use <i>disopyramide phosphate</i>)	P	
<i>quinidine gluconate TBCR</i>	P	
<i>quinidine sulfate TABS</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-B		
<i>mexiletine hcl</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-C		
<i>flecainide acetate</i>	P	
<i>propafenone hcl TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antiarrítmicos Tipo III		
<i>amiodarone hcl TABS 200 MG</i>	P	
<i>dofetilide</i>	P	
TIKOSYN (Use <i>dofetilide</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares		
Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales		
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR 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</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium PACK</i>	P	QL(1 cada día)
<i>montelukast sodium TABS</i>	P	QL(1 cada día)
SINGULAIR CHEW (Use <i>montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SINGULAIR PACK (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR TABS (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
DALIRESP (<i>Use roflumilast</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>roflumilast</i>	P	QL(1 cada día)
Inhalantes con esteroides		
ARNUITY ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 gm al día)
<i>budesonide (inhalation) SUSP</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 1 año - hasta 8 años)
FLOVENT DISKUS AEPB (<i>Use fluticasone propionate (inhalation)</i>)	NP	
FLOVENT HFA	NP	
<i>fluticasone propionate (inhalation) AEPB</i>	P	
<i>fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT</i>	P	QL(10.6 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT</i>	P	QL(12 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PULMICORT SUSP (<i>Use budesonide (inhalation)</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 1 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 (<i>Use fluticasone-salmeterol</i>)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(8.5 gm por surtido al por menor; 17 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(18 gm por surtido al por menor; 36 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(6.7 gm por surtido al por menor; 13.4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML</i>	P	QL(375 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML</i>	P	
<i>albuterol sulfate NEBU 0.083 %</i>	P	QL(12.5 ml al día)
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
<i>albuterol sulfate SYRP</i>	P	
<i>albuterol sulfate TABS</i>	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(11 gm por surtido al por menor)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 gm al día)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT</i>	P	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ml al día)
<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 gm al día)
PROAIR HFA AERS (<i>Use albuterol sulfate</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	P	
VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate)	NP	
XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate)	NP	QL(0.5 gm al día)
Xantinas		
THEO-24 CP24	P	
theophylline ELIX	P	
theophylline SOLN	P	QL(475 ml por surtido al por menor)
theophylline TB12	P	
theophylline TB24	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
warfarin sodium TABS	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
ELIQUIS STARTER PACK TBPK	P	QL(2.47 cada día)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
Heparinas y agentes similares a los heparinoides		
ARIXTRA (Use fondaparinux sodium)	NP	SP; PA
enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML	P	SP
enoxaparin sodium SOSY	P	SP; PA
fondaparinux sodium	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KLONOPIN TABS (<i>Use clonazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	KEPPRA XR TB24 (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	Use levetiracetam IR; ST
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(16 ml al día)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS 500 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(6 cada día)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(4 cada día)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	KEPPRA TABS 1000 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	
Anticonvulsivantes - Varios			LAMICTAL XR TB24 (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	Use lamotrigine IR; ST
BANZEL SUSP (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA	LAMICTAL TABS (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	
BANZEL TABS (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA	<i>lamotrigine CHEW</i>	P	
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA	<i>lamotrigine TABS</i>	P	
<i>carbamazepine CHEW</i>	P		<i>lamotrigine TB24</i>	P	Use lamotrigine IR; ST
<i>carbamazepine SUSP</i>	P		<i>levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ml al día)
<i>carbamazepine TABS</i>	P		<i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>carbamazepine TB12</i>	P		<i>levetiracetam TABS 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	<i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>	P	
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	MYSOLINE (<i>Use primidone</i>)	NP	
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	NEURONTIN CAPS (<i>Use gabapentin</i>)	NP	QL(9 cada día)
EPIDIOLEX	P	SP; PA	NEURONTIN SOLN (<i>Use gabapentin</i>)	NP	
FINTEPLA	P	SP; PA	NEURONTIN TABS 600 MG (<i>Use gabapentin</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>gabapentin CAPS</i>	P	QL(9 cada día)			
<i>gabapentin SOLN</i>	P				
<i>gabapentin TABS 600 MG</i>	P	QL(6 cada día)			
<i>gabapentin TABS 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)			

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin)	NP	QL(4 cada día)
<i>oxcarbazepine SUSP</i>	P	
<i>oxcarbazepine TABS</i>	P	
<i>primidone</i>	P	
<i>rufinamide SUSP</i>	P	SP; PA
<i>rufinamide TABS</i>	P	SP; PA
TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine)	NP	
TEGRETOL TABS (Use carbamazepine)	NP	
TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine)	NP	
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate)	NP	QL(8 cada día)
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate)	NP	QL(3 cada día)
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate)	NP	QL(4 cada día)
<i>topiramate CPSP 15 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>topiramate CPSP 25 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine)	NP	
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine)	NP	
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)	NP	
<i>zonisamide CAPS</i>	P	
Carbamatos		
<i>felbamate SUSP</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>felbamate TABS</i>	P	
FELBATOL SUSP (Use felbamate)	NP	
FELBATOL TABS (Use felbamate)	NP	
Moduladores GABA		
GABITRIL (Use tiagabine hcl)	NP	
SABRIL PACK (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
SABRIL TABS (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
<i>tiagabine hcl</i>	P	
<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
Hidantoinas		
DILANTIN	P	
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended)	P	
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin)	P	
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	P	
<i>phenytoin sodium extended 100 MG</i>	P	
<i>phenytoin sodium SOLN</i>	P	
<i>phenytoin CHEW</i>	P	
<i>phenytoin SUSP</i>	P	
Succinimidas		
<i>ethosuximide CAPS</i>	P	
<i>ethosuximide SOLN</i>	P	
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP	
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP	
Ácido valproico		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	<i>mirtazapine</i> TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	REMERON TABS 15 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 cada día)	REMERON TABS 30 MG (Use <i>mirtazapine</i>)	NP	QL(1.5 cada día)
<i>divalproex sodium</i> CSDR	P	QL(8 cada día)	Antidepresivos - Varios		
<i>divalproex sodium</i> TB24 500 MG	P	QL(7 cada día)	<i>bupropion hcl</i> TABS	P	QL(3 cada día)
<i>divalproex sodium</i> TB24 250 MG	P	QL(3 cada día)	<i>bupropion hcl</i> TB12 100 MG	P	QL(4 cada día)
<i>divalproex sodium</i> TBEC 125 MG	P	QL(2 cada día)	<i>bupropion hcl</i> TB12 150 MG	P	QL(3 cada día)
<i>divalproex sodium</i> TBEC 500 MG	P	QL(7 cada día)	<i>bupropion hcl</i> TB12 200 MG	P	QL(2 cada día)
<i>divalproex sodium</i> TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)	<i>bupropion hcl</i> TB24 150 MG	P	QL(3 cada día)
<i>valproate sodium</i> SOLN OR 250 MG/5ML	P		<i>bupropion hcl</i> TB24 300 MG	P	QL(1 cada día)
<i>valproic acid</i> CAPS	P		WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión			WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)			WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>mirtazapine</i> TABS 30 MG	P	QL(1.5 cada día)	WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 cada día)	WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>mirtazapine</i> TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)	Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo		
<i>mirtazapine</i> TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)			
<i>mirtazapine</i> TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZULRESSO	P	SP; PA
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)		
NARDIL (Use phenelzine sulfate)	NP	
PARNATE (Use tranylcypromine sulfate)	NP	
phenelzine sulfate	P	
tranylcypromine sulfate	P	
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
SPRAVATO 56MG DOSE	P	SP; PA
SPRAVATO 84MG DOSE	P	SP; PA
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)		
CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide)	NP	QL(4 cada día)
CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide)	NP	QL(1 cada día)
CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide)	NP	QL(2 cada día)
citalopram hydrobromide SOLN	P	
citalopram hydrobromide TABS 20 MG	P	QL(2 cada día)
citalopram hydrobromide TABS 10 MG	P	QL(4 cada día)
citalopram hydrobromide TABS 40 MG	P	QL(1 cada día)
escitalopram oxalate TABS 20 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
escitalopram oxalate TABS 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
escitalopram oxalate TABS 5 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
fluoxetine hcl CAPS 40 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG	P	QL(4 cada día)
fluoxetine hcl SOLN	P	QL(600 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años)
fluoxetine hcl TABS 10 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
fluoxetine hcl TABS 20 MG	P	QL(4 cada día)
fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(2 cada día)
fluvoxamine maleate TABS 100 MG	P	QL(3 cada día)
LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
paroxetine hcl SUSP	P	QL(40 ml al día); PA
paroxetine hcl TABS 10 MG	P	QL(6 cada día)
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)
paroxetine hcl TABS 20 MG	P	QL(3 cada día)
paroxetine hcl TB24	P	
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)	NP	
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl)	NP	QL(40 ml al día); PA
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(2 cada día)
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(6 cada día)
PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(3 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(2 cada día) AL(AI menos 7 años)	EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(4 cada día)	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
sertraline hcl CONC	P	QL(6 ml al día)	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
sertraline hcl TABS 100 MG	P	QL(2 cada día)	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ml al día)	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG	P	QL(4 cada día)
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)	venlafaxine hcl CP24 75 MG	P	QL(5 cada día)
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(4 cada día)	venlafaxine hcl CP24 150 MG	P	QL(2 cada día)
Moduladores de la serotonina			venlafaxine hcl TABS	P	
nefazodone hcl	P		venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG	P	QL(1 cada día)
trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG	P		venlafaxine hcl TB24 150 MG	P	QL(2 cada día)
trazodone hcl TABS 300 MG	P	QL (2 cada día)	Medicamentos tricíclicos		
TRINTELLIX	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA	amitriptyline hcl TABS	P	
VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl)	NP	QL(1 cada día); PA	amoxapine	P	
vilazodone hcl TABS	P	QL(1 cada día); PA	ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl)	NP	
Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)			clomipramine hcl 75 MG	P	
CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)	desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG	P	
desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG	P	QL(1 cada día); ST	desipramine hcl TABS 25 MG	P	QL(2 cada día)
desvenlafaxine succinate 100 MG	P	QL(4 cada día); ST	doxepin hcl CAPS	P	
duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)	doxepin hcl CONC	P	
			imipramine hcl TABS	P	
			NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl)	NP	
			NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl)	NP	QL(2 cada día)
			nortriptyline hcl CAPS	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>nortriptyline hcl SOLN</i>	P	QL(20 ml al día)
PAMELOR CAPS (<i>Use nortriptyline hcl</i>)	NP	
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre		
Antidiabéticos - Análogos de la amilina		
SYMLINPEN 120 SOPN	P	QL(11 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
SYMLINPEN 60 SOPN	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
Combinaciones de antidiabéticos		
ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (<i>Use pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
<i>alogliptin-pioglitazone</i>	P	
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>glipizide-metformin hcl</i>	P	
<i>glyburide-metformin</i>	P	
KAZANO (<i>Use alogliptin-metformin hcl</i>)	NP	
KOMBIGLYZE XR (<i>Use saxagliptin-metformin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
OSENI	NP	
OSENI (<i>Use alogliptin-pioglitazone</i>)	NP	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>saxagliptin-metformin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
SOLQUA 100/33	P	QL(0.6 ml al día); PA
XIGDUO XR 1000 MG-10 MG, 1000 MG-5 MG	NP	
Biguanidas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG</i>	P	
<i>metformin hcl TABS 500 MG</i>	P	QL (4 cada día)
<i>metformin hcl TB24 750 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>metformin hcl TB24 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Otros antidiabéticos		
BD GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS SOFT GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 NATURALS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 POUCH PACK	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>glucagon (rdna)</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
GLUCAGON EMERGENCY KIT (<i>Use glucagon (rdna)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
GLUCO TO GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE INSTANT ENERGY	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
UP & UP GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
VALUE PLUS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
WALGREENS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
alogliptin benzoate	P	
NESINA (Use alogliptin benzoate)	NP	
ONGLYZA (Use saxagliptin hcl)	NP	QL(1 cada día)
saxagliptin hcl	P	QL(1 cada día)
Medicamentos miméticos de incretina		
BYDUREON BCISE AUIJ	P	QL(3.4 ml cada 28 días de venta al por menor); PA
BYETTA SOPN 10 MCG/0.04ML	P	QL(2.4 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años); PA
BYETTA SOPN 5 MCG/0.02ML	P	QL(1.2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años); PA
TRULICITY	P	QL(2 ml cada 28 días de venta al por menor); PA
VICTOZA	P	QL(0.3 ml al día); PA
Insulina		
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP	
ADMELOG SOLN IJ	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SEMGLEE SOPN	NP	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN	NP	
TRESIBA SOLN	NP	
Medicamentos sensibilizadores de la insulina		
ACTOS (Use pioglitazone hcl)	NP	QL(1 cada día)
pioglitazone hcl	P	QL(1 cada día)
Análogos de la meglitinida		
nateglinide	P	QL(3 cada día)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		
dapagliflozin propanediol	P	QL(1 cada día)
FARXIGA	NP	
FARXIGA	NP	
Sulfonilureas		
AMARYL 4 MG (Use glimepiride)	NP	QL(2 cada día)
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)	NP	QL(4 cada día)
glimepiride 4 MG	P	QL(2 cada día)
glimepiride 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
glipizide TABS	P	
glipizide TB24	P	
GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide)	NP	
glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
glyburide TABS	P	
GLYNASE (Use glyburide micronized)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC
Medicamentos antiperistálticos		
diphenoxylate w/ atropine LIQD	P	
diphenoxylate w/ atropine TABS	P	
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día)
LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine)	NP	
loperamide hcl CAPS	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
loperamide hcl TABS	P	OTC; QL(8 cada día)
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
Antídotos - agentes quelantes		
CHEMET	P	
deferasirox PACK	P	SP; PA
deferasirox TABS	P	SP; PA
deferasirox TBSO	P	SP; PA
deferiprone TABS	P	SP; PA
EXJADE TBSO (Use deferasirox)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (Use deferiprone)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
JADENU SPRINKLE PACK (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION SOLN	P	SP; PA
<i>deferoxamine mesylate</i>	P	SP; PA
DEFERAL 500 MG (Use <i>deferoxamine mesylate</i>)	NP	SP; PA
SM IPECAC SYRUP	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</i>	P	QL(4 ml cada 90 días de venta al por menor)
<i>naltrexone hcl</i>	P	
NARCAN LIQD (Use <i>naloxone hcl</i>)	NP	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
VIVITROL	P	SP
ANTIEMÉTICOS - Medicamentos para tratar las náuseas y los vómitos		
Antagonistas de los receptores 5-HT3		
<i>ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML</i>	P	QL(50 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>ondansetron hcl TABS 24 MG</i>	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
<i>ondansetron TBDP</i>	P	QL(2 cada día)
Antieméticos - anticolinérgicos		
ANTIVERT CHEW (Use <i>meclizine hcl</i>)	NP	OTC; RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dimenhydrinate TABS</i>	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE CHEW	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE TABS (Use <i>dimenhydrinate</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
<i>meclizine hcl CHEW</i>	P	OTC; RX/OTC
<i>meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG</i>	P	RX/OTC
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P	
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
DIFLUCAN SUSR (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(70 ml por surtido al por menor)
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use <i>fluconazole</i>)	NP	
DIFLUCAN TABS 50 MG (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
DIFLUCAN TABS 150 MG (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día); PA
SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use <i>itraconazole</i>)	NP	QL(1 cada día); PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SPORANOX CAPS (<i>Use itraconazole</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
ANTIHIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
Antihistamínicos - etanolaminas		
BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (<i>Use diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS	P	QL(4 cada día)
BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (<i>Use diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
BENADRYL ALLERGY CAPS (<i>Use diphenhydramine hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
BENADRYL ALLERGY TABS (<i>Use diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>clemastine fumarate TABS 1.34 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>diphenhydramine hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(4 cada día)
Antihistamínicos no sedantes		
ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (<i>Use fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl)	NP	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC
ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
Antihistamínicos - fenotiazinas		
<i>promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML</i>	P	AL(AI menos 2 años)
<i>promethazine hcl SUPP</i>	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>promethazine hcl TABS</i>	P	AL(AI menos 2 años)
Antihistamínicos - piperidinas		
<i>cyproheptadine hcl SYRP</i>	P	
<i>cyproheptadine hcl TABS</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</i>	P	QL(1 cada día); ST
VYTORIN (Use <i>ezetimibe-simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día); ST
Secuestrantes de ácidos biliares		
<i>cholestyramine light PACK</i>	P	
<i>cholestyramine light POWD</i>	P	
<i>cholestyramine PACK</i>	P	
<i>cholestyramine POWD</i>	P	
COLESTID FLAVORED GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
COLESTID GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
COLESTID TABS (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
<i>colestipol hcl GRAN</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>colestipol hcl TABS</i>	P	
QUESTRAN LIGHT POWD (Use <i>cholestyramine light</i>)	NP	
QUESTRAN PACK (Use <i>cholestyramine</i>)	NP	
QUESTRAN POWD (Use <i>cholestyramine</i>)	NP	
Derivados del ácido fibrico		
<i>fenofibrate micronized 67 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate TABS 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate TABS 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)
FENOFIBRATE TABS	P	QL(1 cada día)
<i>gemfibrozil TABS</i>	P	QL(2 cada día)
LOPID TABS (Use <i>gemfibrozil</i>)	NP	QL(2 cada día)
Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA		
<i>atorvastatin calcium TABS</i>	P	QL(1 cada día)
CRESTOR TABS (Use <i>rosuvastatin calcium</i>)	NP	Trate con simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
LIPITOR TABS (Use <i>atorvastatin calcium</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>lovastatin TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lovastatin TABS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pravastatin sodium</i>	P	QL(1 cada día)
<i>rosuvastatin calcium TABS</i>	P	Trate con simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
<i>simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use <i>simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ezetimibe</i>	P	ST
ZETIA (Use <i>ezetimibe</i>)	NP	ST
Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP)		
JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA
Derivados del ácido nicotínico		
<i>niacin (antihyperlipidemic) TABS</i>	P	
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR</i>	P	
NIASPAN TBCR (Use <i>niacin (antihyperlipidemic)</i>)	NP	
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 (Use <i>quinapril hcl</i>)	NP	
ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use <i>ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>captopril</i>	P	QL(3 cada día)
<i>enalapril maleate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosinopril sodium</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril TABS 2.5 MG</i>		QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
LOTENSIN 40 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>quinapril hcl</i>	P	
<i>ramipril CAPS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trandolapril 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>trandolapril 4 MG</i>	P	QL(2 cada día)
VASOTEC TABS (Use <i>enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>lisinopril</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use <i>lisinopril</i>)	NP	QL(1 cada día)
Agentes para el feocromocitoma		
DEMSEER (Use <i>metirosine</i>)	NP	SP; PA
<i>metirosine</i>	P	SP; PA
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
ATACAND (Use <i>candesartan cilexetil</i>)	NP	
AVAPRO (Use <i>irbesartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
BENICAR (Use <i>olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>candesartan cilexetil</i>	P	
COZAAR (Use <i>losartan potassium</i>)	NP	QL(1 cada día)
DIOVAN TABS (Use <i>valsartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>irbesartan</i>	P	QL(1 cada día)
<i>losartan potassium</i>	P	QL(1 cada día)
MICARDIS (Use <i>telmisartan</i>)	NP	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	AVALIDE (Use <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>telmisartan</i>	P	QL(1 cada día)	AZOR (Use <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>valsartan TABS</i>	P	QL(1 cada día)	<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
Antihipertensivos antiadrenérgicos			BENICAR HCT (Use <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
CARDURA (Use <i>doxazosin mesylate</i>)	NP		<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>clonidine hcl TABS</i>	P		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	P	
<i>doxazosin mesylate</i>	P		<i>captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>guanfacine hcl</i>	P		<i>captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>methyldopa TABS</i>	P		DIOVAN HCT (Use <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
MINIPRESS CAPS (Use <i>prazosin hcl</i>)	NP		DUTOPROL TB24 12.5 MG-50 MG	P	QL(1 cada día)
<i>prazosin hcl CAPS</i>	P		<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(2 cada día)
<i>terazosin hcl</i>	P		EXFORGE (Use <i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
Combinación de antihipertensivos			EXFORGE HCT (Use <i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
ACCURETIC 25 MG-20 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(4 cada día)	HYZAAR (Use <i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	P	QL(1 cada día)			
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST			
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST			
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST			
ATACAND HCT (Use <i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>)	NP				
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	P	QL(2 cada día)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use <i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use <i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)
MICARDIS HCT (Use <i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>telmisartan-amlodipine</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
TENORETIC 100 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
TENORETIC 50 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P	
TRIBENZOR (Use <i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use <i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use <i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
ZIAC (Use <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
Antihipertensivos - varios		
VECAMYL	P	SP; PA
Vasodiladores		
<i>hydralazine hcl TABS</i>	P	
<i>minoxidil 2.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>minoxidil 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS</i>	P	
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 1 GM	P	QL(14 por surtido al por menor)
Leprostáticos		
dapsone	P	
Lincosamidas		
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl)	NP	
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use clindamycin palmitate hydrochloride)	NP	QL(300 ml por surtido al por menor)
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG	P	
clindamycin palmitate hydrochloride	P	QL(300 ml por surtido al por menor)
Monobactámicos		
CAYSTON	P	SP; PA
Oxazolidinonas		
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA
Pleuromutilinas		
XENLETA TABS	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios		
MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro)	NP	
MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal)	NP	
methenamine mandelate	P	
nitrofurantoin	P	QL(40 ml al día)
nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG	P	
nitrofurantoin monohyd macro	P	
ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
(Infecciones parasitarias)		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Antimaláricos		
<i>chloroquine phosphate TABS 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>chloroquine phosphate TABS 250 MG</i>	P	
DARAPRIM (Use <i>pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 MG</i>	P	
KRINTAFEL	P	QL(2 cada 30 días de venta al por menor)
<i>mefloquine hcl</i>	P	
PLAQUENIL (Use <i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	
<i>primaquine phosphate TABS</i>	P	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use <i>primaquine phosphate</i>)	NP	
<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
SOVUNA 200 MG	P	
MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
Medicamentos antimiaستénicos/colinérgicos		
MESTINON TIMESPAN TBCR (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
MESTINON TABS (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>pyridostigmine bromide TABS 60 MG</i>	P	
<i>pyridostigmine bromide TBCR</i>	P	
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)		
Agentes antimicobacterianos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ethambutol hcl TABS</i>	P	
<i>isoniazid SYRP</i>	P	
<i>isoniazid TABS</i>	P	
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use <i>ethambutol hcl</i>)	NP	
MYCOBUTIN (Use <i>rifabutin</i>)	NP	
<i>pyrazinamide</i>	P	
<i>rifabutin</i>	P	
<i>rifampin CAPS</i>	P	
TRECTOR	P	
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer		
Medicamentos alquilantes		
ALKERAN (Use <i>melfalan</i>)	NP	
ALKERAN IV (Use <i>melfalan hcl</i>)	NP	SP; PA
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA
<i>bendamustine hcl SOLR</i>	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA
<i>carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML</i>	P	SP; PA
<i>cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML</i>	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide SOLN</i>	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cyclophosphamide SOLR IJ</i>	P	SP; PA
EVOMELA IV	P	SP; PA
KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
LEUKERAN	P	
<i>melphalan</i>	P	
<i>melphalan hcl IV</i>	P	SP; PA
MYLERAN TABS	P	
TEMODAR CAPS 250 MG (Use <i>temozolomide</i>)	NP	SP; PA
TEMODAR SOLR	P	SP; PA
<i>temozolomide CAPS</i>	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 SUSR</i>	P	SP; PA
<i>capecitabine</i>	P	SP; PA
<i>cladribine 10 MG/10ML</i>	P	SP; PA
<i>cytarabine SOLN</i>	P	SP; PA
DACOGEN (Use <i>decitabine</i>)	NP	SP; PA
<i>decitabine</i>	P	SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLN</i>	P	SP; PA
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	P	SP; PA
<i>fludarabine phosphate SOLR</i>	P	SP; PA
FOLOTYN	P	SP; PA
<i>mercaptopurine TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML</i>	P	
<i>methotrexate sodium TABS 2.5 MG</i>	P	
ONUREG TABS	P	SP; PA
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA
<i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA
PEMFEXY	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA
PURIXAN SUSP	P	
TABLOID	P	SP; PA
TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P	
VIDAZA SUSR (Use <i>azacitidine</i>)	NP	SP; PA
XELODA (Use <i>capecitabine</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis		
CYRAMZA	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
MVASI	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZALTRAP	P	SP; PA
ZIRABEV	P	SP; PA
Antineoplásicos - anticuerpos		
ADCETRIS	P	SP; PA
ARZERRA	P	SP; PA
BAVENCIO	P	SP; PA
BESPONSA	P	SP; PA
BLNREP	P	SP; PA
BLINCYTO	P	SP; PA
DARZALEX	P	SP; PA
EMPLICITI	P	SP; PA
ENHERTU	P	SP; PA
GAZYVA	P	SP; PA
IMFINZI	P	SP; PA
JEMPERLI	P	SP; PA
KADCYLA	P	SP; PA
KEYTRUDA	P	SP; PA
KIMMTRAK	P	SP; PA
LIBTAYO	P	SP; PA
LUMOXITI	P	SP; PA
MONJUVI	P	SP; PA
MYLOTARG	P	SP; PA
OPDIVO	P	SP; PA
PADCEV	P	SP; PA
POLIVY	P	SP; PA
POTELIGEO	P	SP; PA
RIABNI	P	SP; PA
RITUXAN	P	SP; PA
RUXIENCE	P	SP; PA
TECENTRIQ	P	SP; PA
TIVDAK	P	SP; PA
TRUXIMA	P	SP; PA
UNITUXIN	P	SP; PA
YERVOY	P	SP; PA
ZEVALIN Y-90	P	SP; PA
ZYNLONTA	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
TAGRISSO	P	SP; PA
TARCEVA (<i>Use erlotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML	P	SP; PA
VIZIMPRO	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la vía Hedgehog		
DAURISMO	P	SP; PA
ERIVEDGE	P	SP; PA
ODOMZO	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antineoplásicos - agentes hormonales y relacionados		
<i>abiraterone acetate</i>	P	SP; PA
<i>anastrozole</i>	P	
ARIMIDEX (<i>Use anastrozole</i>)	NP	
AROMASIN (<i>Use exemestane</i>)	NP	
<i>bicalutamide</i>	P	QL(1 cada día)
CAMCEVI	P	SP; PA
CASODEX (<i>Use bicalutamide</i>)	NP	QL(1 cada día)
ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
ELIGARD KIT SC 7.5 MG	P	SP; PA
EMCYT	P	SP; PA
ERLEADA 60 MG	P	SP; PA
EULEXIN	P	
<i>exemestane</i>	P	
FARESTON (<i>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA
FEMARA (<i>Use letrozole</i>)	NP	
FIRMAGON 80 MG	P	SP; PA
<i>flutamide</i>	P	
<i>hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)</i>	P	SP; PA
<i>letrozole</i>	P	
LEUPROLIDE ACETATE/BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE	P	SP; PA
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) IM	P	SP; PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) IM	P	SP; PA
LYSODREN	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 cada día); SP; PA
CALQUENCE	P	SP; PA
CAPRELSA	P	SP; PA
COMETRIQ KIT	P	SP; PA
COPIKTRA	P	SP; PA
COTELLIC	P	SP; PA
<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA
<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA
FOTIVDA	P	SP; PA
FYARRO	P	SP; PA
GAVRETO	P	SP; PA
GLEEVEC (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA
IBRANCE CAPS	P	SP; PA
IBRANCE TABS	P	SP; PA
ICLUSIG	P	QL(1 cada día); SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA
<i>imatinib mesylate</i>	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA
IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
INREBIC	P	SP; PA
ISTODAX SOLR (<i>Use romidepsin</i>)	NP	SP; PA
JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA
KISQALI	P	SP; PA
KOSELUGO	P	SP; PA
KYPROLIS	P	SP; PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA
LORBRENA	P	SP; PA
LUMAKRAS	P	SP; PA
LYNPARZA TABS	P	QL(4 cada día); SP; PA
MEKINIST TABS	P	SP; PA
MEKTOVI	P	SP; PA
NERLYNX	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEXAVAR (<i>Use sorafenib tosylate</i>)	NP	SP; PA	VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA
NINLARO	P	SP; PA	VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA	VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
PEMAZYRE	P	SP; PA	VONJO	P	SP; PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	P	SP; PA	VOTRIENT (<i>Use pazopanib hcl</i>)	NP	SP; PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	P	SP; PA	XALKORI CAPS	P	SP; PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	P	SP; PA	XOSPATA	P	SP; PA
QINLOCK	P	SP; PA	ZEJULA CAPS	P	SP; PA
RETEVMO	P	SP; PA	ZELBORAF	P	SP; PA
<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA	ZOLINZA	P	SP; PA
ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA	ZYDELIG	P	SP; PA
RUBRACA	P	SP; PA	ZYKADIA TABS	P	SP; PA
RYDAPT	P	SP; PA	Enzimas antineoplásicas		
SCEMBLIX	P	SP; PA	ASPARLAS	P	SP; PA
<i>sorafenib tosylate</i>	P	SP; PA	ONCASPAR	P	SP; PA
SPRYCEL	P	SP; PA	RYLAZE	P	SP; PA
STIVARGA	P	SP; PA	Radiofármacos antineoplásicos		
<i>sunitinib malate</i>	P	SP; PA	AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
SUTENT (<i>Use sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA	AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
TABRECTA	P	SP; PA	Antineoplásicos varios		
TAFINLAR CAPS	P	SP; PA	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
TALZENNA	P	SP; PA	ALFERON N	P	SP; PA
TASIGNA	P	SP; PA	<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA
TAZVERIK	P	SP; PA	BESREMI	P	SP; PA
<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA	<i>bexarotene</i>	P	SP; PA
TIBSOVO	P	SP; PA	HYDREA (<i>Use hydroxyurea</i>)	NP	
TORISEL (<i>Use temsirolimus</i>)	NP	SP; PA	<i>hydroxyurea</i>	P	
TURALIO	P	SP; PA	INTRON A SOLR	P	SP; PA
TYKERB (<i>Use lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA	MATULANE	P	SP; PA
VELCADE SOLR IJ (<i>Use bortezomib</i>)	NP	SP; PA	PHOTOFRIN	P	SP; PA
			PROLEUKIN	P	SP; PA
			SYNRIBO	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
eribulin mesylate	P	SP; PA
etoposide CAPS	P	SP; PA
etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML	P	SP; PA
HALAVEN (Use eribulin mesylate)	NP	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
paclitaxel protein-bound particles	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PARTICLES	P	SP; PA
vincristine sulfate	P	SP; PA
Medicamentos virales oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl)	NP	SP; PA
HYCAMTIN CAPS	P	SP; PA
HYCAMTIN SOLR (Use topotecan hcl)	NP	SP; PA
irinotecan hcl	P	SP; PA
topotecan hcl SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl)	NP	SP; PA
topotecan hcl SOLR	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson		
Terapia adyuvante antiparkinsoniana		
carbidopa	P	
LODOSYN (Use carbidopa)	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
benztropine mesylate TABS	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Butirofenonas		
HALDOL DECANOATE 100 (Use haloperidol decanoate)	NP	
HALDOL DECANOATE 50 (Use haloperidol decanoate)	NP	
haloperidol decanoate	P	
haloperidol lactate CONC	P	
haloperidol TABS 20 MG	P	
haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG	P	QL(3 cada día)
Dibenzapinas		
clozapine TABS	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
CLOZARIL TABS (Use clozapine)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
loxapine succinate	P	QL(4 cada día)
olanzapine TABS 15 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años – hasta 17 años)
SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años – hasta 17 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dihidroindolonas		
molindone hcl	P	QL(4 cada día)
Fenotiazinas		
chlorpromazine hcl TABS 10 MG	P	QL(10 cada día)
chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG	P	QL(3 cada día)
fluphenazine decanoate	P	
fluphenazine hcl TABS	P	
perphenazine TABS	P	QL(4 cada día)
prochlorperazine	P	
prochlorperazine maleate TABS	P	
thioridazine hcl	P	QL(3 cada día)
trifluoperazine hcl TABS	P	QL(2 cada día)
Derivados de quinolinonas		
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ABILIFY TABS (Use aripiprazole)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aripiprazole SOLN OR</i>	P	QL(750 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole TABS</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole TBDP</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ARISTADA	P	SP; PA
ARISTADA INITIO	P	SP; PA
Tioxantenos		
<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ml por surtido al por menor)
Antisépticos con cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ml por surtido al por menor)
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP	
HIBICLENS SOLN EX (Use <i>chlorhexidine gluconate</i>)	NP	
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Antiretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COMBIVIR (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)
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA
DOVATO	P	
EDURANT	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz CAPS 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>emtricitabine CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EMTRIVA CAPS (Use <i>emtricitabine</i>)	NP	QL(1 cada día)
EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ml al día)
EPIVIR SOLN (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(30 ml al día)
EPIVIR TABS 150 MG (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(2 cada día)
EPIVIR TABS 300 MG (Use <i>lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)
EPZICOM (Use <i>abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>etravirine 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>etravirine 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS</i>	P	QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FUZEON SOLR	P	SP; PA	<i>nevirapine TB24 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
GENVOYA	P	QL(1 cada día)	<i>nevirapine TB24 400 MG</i>	P	QL(1 cada día)
INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)	NORVIR CAPS	P	QL(12 cada día)
INTELENCE 200 MG (Use <i>etravirine</i>)	NP	QL(2 cada día)	NORVIR SOLN	P	QL(15 ml al día)
INTELENCE 100 MG (Use <i>etravirine</i>)	NP	QL(4 cada día)	NORVIR TABS (Use <i>ritonavir</i>)	NP	QL(12 cada día)
ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 cada día)	ODEFSEY	P	
ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)	PIFELTRO	P	QL(1 cada día)
ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 cada día)	PREZCOBIX	P	QL(1 cada día)
ISENTRESS PACK	P	QL(2 cada día)	PREZISTA SUSP	P	QL(12 ml al día); ST
ISENTRESS TABS	P	QL(2 cada día)	PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST
JULUCA	P	QL(1 cada día)	PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 cada día); ST
KALETRA SOLN (Use <i>lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)	PREZISTA TABS 800 MG (Use <i>darunavir</i>)	NP	QL(1 cada día); ST
KALETRA TABS 50 MG- 200 MG (Use <i>lopinavir- ritonavir</i>)	NP	QL(6 cada día)	PREZISTA TABS 600 MG (Use <i>darunavir</i>)	NP	QL(2 cada día); ST
KALETRA TABS 25 MG- 100 MG (Use <i>lopinavir- ritonavir</i>)	NP	QL(4 cada día)	RETROVIR CAPS (Use <i>zidovudine</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>lamivudine SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)	RETROVIR SYRP (Use <i>zidovudine</i>)	NP	QL(60 ml al día)
<i>lamivudine TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	REYATAZ CAPS 300 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP	
<i>lamivudine TABS 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	REYATAZ CAPS 200 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	P	QL(2 cada día)	REYATAZ PACK	P	QL(6 cada día)
LEXIVA SUSP	P	QL(56 ml al día)	<i>ritonavir TABS</i>	P	QL(12 cada día)
LEXIVA TABS (Use <i>fosamprenavir calcium</i>)	NP	QL(4 cada día)	RUKOBIA	P	PA
<i>lopinavir-ritonavir SOLN</i>	P	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)	SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ml al día)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	SELZENTRY TABS 150 MG (Use <i>maraviroc</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>maraviroc TABS 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)	SELZENTRY TABS 300 MG (Use <i>maraviroc</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>stavudine CAPS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>nevirapine SUSP</i>	P	QL(40 ml al día)	STRIBILD	P	QL(1 cada día)
<i>nevirapine TABS</i>	P	QL(2 cada día)	SUSTIVA CAPS 200 MG (Use <i>efavirenz</i>)	NP	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz)	NP	QL(2 cada día)
SUSTIVA TABS (Use efavirenz)	NP	QL(1 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	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	P	QL(2 cada día)
TROGARZO	P	SP; PA
TRUVADA 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 250 MG	P	QL(9 cada día)
VIRACEPT TABS 625 MG	P	QL(4 cada día)
VIREAD POWD	P	QL(240 gm cada 30 días de venta al por menor)
VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate)	NP	QL(1 cada día)
VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate)	NP	QL(30 ml al día)
ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)	NP	QL(2 cada día)
zidovudine CAPS	P	QL(6 cada día)
zidovudine SYRP	P	QL(60 ml al día)
zidovudine TABS	P	QL(2 cada día)
Combinaciones antivirales		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PAXLOVID 100 MG-150 MG	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 (Use valganciclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)
valganciclovir hcl TABS	P	QL(2 cada día)
Medicamentos contra la hepatitis		
MAVYRET PACK	P	QL(6 cada día); SP; PA
MAVYRET TABS	P	QL(3 cada día); SP; PA
PEGASYS SOLN	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) CAPS	P	SP; PA
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG	P	SP; PA
SOFOSBUVIR/VELPATA SVIR TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
SOVALDI TABS	P	SP; PA
VEMLIDY	P	SP; PA
Medicamentos contra el herpes		
acyclovir CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
acyclovir SUSP	P	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
acyclovir TABS OR 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
acyclovir TABS OR 400 MG	P	QL(3 cada día)
famciclovir	P	
valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
valacyclovir hcl 500 MG	P	QL(2 cada día)
VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOVIRAX SUSP (Use acyclovir)	NP	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)	COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol)	NP	QL(3 cada día)
Medicamentos contra la gripe			COREG CR (Use carvedilol phosphate)	NP	QL(1 cada día)
oseltamivir phosphate CAPS 30 MG	P	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	labetalol hcl TABS 200 MG	P	QL(6 cada día)
oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG	P	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	labetalol hcl TABS 100 MG	P	QL(3 cada día)
oseltamivir phosphate SUSR	P	QL(120 ml cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	labetalol hcl TABS 300 MG	P	QL(8 cada día)
RELENZA DISKHALER	P	QL(20 por surtido al por menor); AL(Al menos 5 años)	Betabloqueadores cardio-selectivos		
TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate)	NP	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	acebutolol hcl CAPS	P	
TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate)	NP	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	atenolol TABS	P	QL(2 cada día)
TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate)	NP	QL(120 ml cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor	bisoprolol fumarate	P	QL(1 cada día)
BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial			LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate)	NP	QL(4 cada día)
Alfa-Beta bloqueadores			LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate)	NP	QL(4.5 cada día)
carvedilol 25 MG	P	QL(4 cada día)	metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG	P	QL(4 cada día)
carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG	P	QL(3 cada día)	metoprolol succinate TB24 200 MG	P	QL(2 cada día)
carvedilol phosphate	P	QL(1 cada día)	metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)
COREG 25 MG (Use carvedilol)	NP	QL(4 cada día)	metoprolol tartrate TABS 100 MG	P	QL(4.5 cada día)
			TENORMIN TABS (Use atenolol)	NP	QL(2 cada día)
			TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(4 cada día)
			TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(2 cada día)
			Betabloqueadores no selectivos		
			BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/afll))	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl)	NP	QL(2 cada día)	diltiazem hcl extended release beads 240 MG	P	QL(2 cada día)
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol)	NP	QL(2 cada día)	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	P	QL(1 cada día)
INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl)	NP	QL(2 cada día)	diltiazem hcl CP12	P	QL(2 cada día)
nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	P	QL(2 cada día)	diltiazem hcl CP24 240 MG	P	QL(2 cada día)
pindolol TABS	P		diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG	P	QL(1 cada día)
propranolol hcl CP24	P	QL(2 cada día)	diltiazem hcl TABS	P	QL(3 cada día)
propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML	P		felodipine	P	QL(1 cada día)
propranolol hcl TABS	P		nicardipine hcl CAPS	P	
sotalol hcl (afib/afí)	P	QL(2 cada día)	nifedipine CAPS	P	QL(4 cada día)
sotalol hcl TABS 240 MG	P		nifedipine TB24 60 MG	P	QL(2 cada día)
sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG	P	QL(2 cada día)	nifedipine TB24 30 MG, 90 MG	P	QL(1 cada día)
timolol maleate TABS	P		NORVASC TABS (Use amlodipine besylate)	NP	QL(1 cada día)
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial			PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine)	NP	QL(2 cada día)
Bloqueadores de los canales de calcio			PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine)	NP	QL(1 cada día)
amlodipine besylate TABS	P	QL(1 cada día)	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)	NP	QL(1 cada día)
CALAN SR TBCR (Use verapamil hcl)	NP	QL(2 cada día)	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)	NP	QL(2 cada día)
CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads)	NP	QL(1 cada día)	verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	P	QL(1 cada día)
CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads)	NP	QL(2 cada día)	verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG	P	QL(2 cada día)
CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl)	NP	QL(3 cada día)	verapamil hcl TABS	P	QL(3 cada día)
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG	P	QL(2 cada día)	verapamil hcl TBCR	P	QL(2 cada día)
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG	P	QL(1 cada día)	VERAPAMIL HYDROCHLORIDE ER CP24 (Use verapamil hcl)	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl)	NP	QL(1 cada día)	TYVASO STARTER SOLN IN	P	SP; PA
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl)	NP	QL(2 cada día)	TYVASO SOLN IN	P	SP; PA
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)	NP	QL(1 cada día)	VELETRI (Use epoprostenol sodium)	NP	SP; PA
CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal			VENTAVIS	P	SP; PA
Glucósidos cardíacos			Hipertensión pulmonar - antagonistas de los receptores de la endotelina		
<i>digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML</i>	P		<i>ambrisentan</i>	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG</i>	P		<i>bosentan TABS</i>	P	SP; PA
LANOXIN SOLN IJ (Use <i>digoxin</i>)	P		LETAIRIS (Use <i>ambrisentan</i>)	NP	QL(1 cada día); SP; PA
LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use <i>digoxin</i>)	P		TRACLEER TABS (Use <i>bosentan</i>)	NP	SP; PA
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias			TRACLEER TBSO	P	SP; PA
Inhibidores de la miosina cardíaca			Hipertensión pulmonar - inhibidores de la fosfodiesterasa		
CAMZYOS	P	SP; PA	ADCIRCA TABS (Use <i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la impotencia			REVATIO SOLN (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
BI-MIX SOLR	P	PA	REVATIO SUSR (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
IFE-BIMIX 30/1 SOLN	P	PA	REVATIO TABS (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
SUPER BI-MIX SOLR	P	PA	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN</i>	P	SP; PA
SUPER TRI-MIX SOLR	P	SP; PA	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR</i>	P	SP; PA
TRI-MIX SOLR	P	SP; PA	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
Vasodilatadores prostaglandínicos			<i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA			
FLOLAN (Use <i>epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA			
ORENITRAM TBCR	P	SP; PA			
TYVASO REFILL SOLN IN	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Hipertensión pulmonar - agonistas de los receptores de prostaciclina		
UPTRAVI TITRATION PACK TBPK	P	SP; PA
UPTRAVI SOLR	P	SP; PA
UPTRAVI TABS	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar estimuladores de la guanilato ciclasa soluble		
ADEMPAS	P	SP; PA
Estabilizadores de la transtiretina		
VYNDAMAX	P	QL(1 cada día); SP; PA
VYNDAQEL	P	QL(4 cada día); SP; PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera generación		
<i>cefadroxil CAPS</i>	P	
<i>cefadroxil SUSR</i>	P	
<i>cefadroxil TABS</i>	P	
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML</i>	P	
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
Cefalosporinas de tercera generación		
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>cefixime CAPS</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)
PRODUCTOS QUÍMICOS		
Productos químicos a granel - O's		
OMEPRAZOLE	P	PA
Productos químicos a granel - P's		
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
Anticonceptivos combinados - Orales		
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)
GENERESS FE (Use <i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP	
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)
LOSEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
MIRCETTE (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ELLA	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG</i>	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
PLAN B ONE-STEP (Use <i>levonorgestrel (emergency oc)</i>)	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
Anticonceptivos de progestina - inyectables		
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM</i>	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
Anticonceptivos de progestina - orales		
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	P	
OPILL	P	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica		
Glucocorticosteroides		
CORTEF TABS (Use <i>hydrocortisone</i>)	NP	
CORTISONE ACETATE TABS	P	
<i>deflazacort SUSP</i>	P	SP; PA
<i>deflazacort TABS</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE +RFID SOSY IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML</i>	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML</i>	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dexamethasone ELIX</i>	P	
<i>dexamethasone SOLN</i>	P	
<i>dexamethasone TABS</i>	P	
EMFLAZA SUSP	P	SP; PA
EMFLAZA TABS (Use <i>deflazacort</i>)	NP	SP; PA
<i>hydrocortisone TABS</i>	P	
MEDROL DOSEPAK TBPK (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
<i>methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	
<i>methylprednisolone TBPK</i>	P	
PEDIAPRED SOLN (Use <i>prednisolone sodium phosphate</i>)	NP	
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15MG/5ML</i>	P	
<i>prednisolone SOLN</i>	P	
<i>prednisolone TABS</i>	P	
PREDNISONO INTENSOL CONC	P	
<i>prednisone SOLN</i>	P	
<i>prednisone TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>prednisone TBPK</i>	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralocorticoides		
<i>fludrocortisone acetate TABS</i>	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
Antitusivos		
<i>benzonatate 100 MG</i>	P	AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
<i>benzonatate 200 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
DELSYM SUER (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan polistirex LQCR</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan polistirex SUER</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN (Use <i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide</i>)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias		
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
brompheniramine & phenyleph ELIX	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
brompheniramine & pseudoeph ELIX	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
cetirizine-pseudoephedrine	P	AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-200MG/5ML-30 MG/5ML-30 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML	P	OTC; AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 100 MG/5ML-100 MG/5ML-10 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
ED BRON GP LIQD	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
guaifenesin-codeine SOLN	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
guaifenesin-codeine SYRP	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
loratadine & pseudoephedrine TB12	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
loratadine & pseudoephedrine TB24	P	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
MAXI-TUSS PE MAX LIQD	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MAXI-TUSS PE LIQD	P	AL(Hasta 21 años)
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin)	NF	
MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin)	NF	
MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin)	NP	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin)	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
phenylephrine-dm SOLN	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
promethazine & phenylephrine SYRP	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
promethazine w/codeine SOLN	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
promethazine w/codeine SYRP	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
promethazine-dm SYRP	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
promethazine-phenylephrine-codeine	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine-ibuprofen TABS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use cetirizine-pseudoephedrine)	NP	AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine)	NP	AL(Hasta 21 años)
Expectorantes		
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
guaifenesin LIQD 100 MG/5ML, 200 MG/10ML, 400 MG/20ML	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
guaifenesin SYRP	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
guaifenesin TB12 600 MG	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
guaifenesin TB12 1200 MG	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX TB12 (Use guaifenesin)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Inhalantes respiratorios - varios		
sodium chloride (inhalant) AERS	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	P	
Mucolíticos		
acetylcysteine SOLN	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Productos contra el acné		
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin)	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 benzoyl peroxide)	NP	RX/OTC
benzoyl peroxide BAR	P	
benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	P	
CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical))	NP	
CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical))	NP	QL(60 ml por surtido al por menor)
clindamycin phosphate (topical) GEL	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
clindamycin phosphate (topical) LOTN	P	
clindamycin phosphate (topical) SOLN	P	
DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)	NP	RX/OTC
ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid))	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
erythromycin (acne aid) GEL	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
erythromycin (acne aid) SOLN	P	
isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne))	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin)	NP	OTC; QL(454 por surtido al por menor)
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine)	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
Antifúngicos tópicos		
clotrimazole (topical) CREA	P	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
clotrimazole (topical) SOLN	P	QL(60 ml por surtido al por menor); RX/OTC
clotrimazole w/ betamethasone CREA	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
clotrimazole w/ betamethasone LOTN	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
econazole nitrate CREA	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
ketoconazole (topical) CREA	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
ketoconazole (topical) SHAM 2 %	P	
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical))	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical))	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical))	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical))	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical))	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
miconazole nitrate (topical) CREA	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC
nystatin (topical) CREA	P	QL(30 gm por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>nystatin (topical) OINT</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)	LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
<i>nystatin (topical) POWD EX</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	TARGRETIN (Use <i>bexarotene (topical)</i>)	NP	SP; PA
<i>nystatin-triamcinolone CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	VALCHLOR	P	SP; PA
<i>nystatin-triamcinolone OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	Antipruriginosos - tópicos		
<i>terbinafine hcl (topical) CREA</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)	<i>camphor & menthol LOTN</i>	P	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (Use <i>tolnaftate</i>)	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)	SARNA LOTN (Use <i>camphor & menthol</i>)	NP	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
<i>tolnaftate CREA</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)	Antipsoriásicos		
Antihistamínicos tópicos			<i>calcipotriene CREA</i>	P	
ITCH RELIEF CREA	P	OTC	<i>calcipotriene SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
Agentes antiinflamatorios tópicos			DOVONEX CREA (Use <i>calcipotriene</i>)	NP	
<i>diclofenac sodium (topical) GEL EX</i>	P	QL(6.68 gm al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC	ILUMYA	P	SP; PA
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	SKYRIZI PEN SOAJ	P	SP; ST; PA
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos			SKYRIZI PSKT	P	SP; PA
<i>bexarotene (topical)</i>	P	SP; PA	SKYRIZI SOSY	P	SP; PA
CARAC CREA (Use <i>fluorouracil (topical)</i>)	NP		STELARA SOSY	P	SP; PA
EFUDEX CREA (Use <i>fluorouracil (topical)</i>)	NP	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)	TALTZ SOAJ	P	SP; PA
<i>fluorouracil (topical) CREA 5 %</i>	P	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)	TALTZ SOSY	P	SP; PA
<i>fluorouracil (topical) CREA 0.5 %</i>	P		<i>tazarotene CREA</i>	P	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)
<i>fluorouracil (topical) SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)	<i>tazarotene GEL</i>	P	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)
			TAZORAC CREA	P	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)
			TAZORAC CREA (Use <i>tazarotene</i>)	NP	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)
			TAZORAC GEL (Use <i>tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)
			TREMFYA SOPN	P	SP; PA
			TREMFYA SOSY	P	SP; PA
			Productos antiseborreicos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
selenium sulfide LOTN 2.5 %	P	
selenium sulfide LOTN 1 %	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
selenium sulfide SHAM 1 %	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE CARE MENS MAXIMUM STRENGTH LOTN (Use selenium sulfide)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide)	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
sulfacetamide sodium LIQD	P	QL(120 gm por surtido al por menor)
Antivirales - tópicos		
acyclovir topical CREA	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
acyclovir topical OINT	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical)	NP	QL(5 gm por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
Productos para quemaduras		
SILVADENE (Use silver sulfadiazine)	NP	
silver sulfadiazine	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Corticosteroides - tópicos		
betamethasone dipropionate (topical) CREA	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
betamethasone dipropionate augmented CREA	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
betamethasone valerate CREA	P	
betamethasone valerate LOTN	P	
betamethasone valerate OINT	P	
clobetasol propionate emollient base 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
clobetasol propionate CREA 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
clobetasol propionate GEL 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
clobetasol propionate OINT 0.05 %	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
clobetasol propionate SOLN 0.05 %	P	QL(50 ml por surtido al por menor)
DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide)	NP	QL(118.28 ml por surtido al por menor)
desonide CREA	P	
desonide OINT	P	QL(2 gm al día)
DESOWEN CREA (Use desonide)	NP	
desoximetasone CREA 0.05 %	P	
desoximetasone CREA 0.25 %	P	QL(2 gm al día)
desoximetasone GEL	P	QL(2 gm al día)
desoximetasone OINT 0.25 %	P	QL(2 gm al día)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 gm por surtido al por menor)
fluocinolone acetonide OIL	P	QL(118.28 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ELIDEL (Use pimecrolimus)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
pimecrolimus	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
tacrolimus (topical) OINT 0.1 %	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
tacrolimus (topical) OINT 0.03 %	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/vesicantes		
DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
KERALYT GEL	P	OTC
KERALYT GEL (Use salicylic acid)	NP	
podofilox SOLN	P	
salicylic acid GEL 6 %	P	
Anestésicos locales tópicos		
capsaicin CREA 0.1 %	P	OTC; QL(43 gm por surtido al por menor)
capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin)	NP	OTC; QL(43 gm por surtido al por menor)
CAPZASIN-P CREA	P	OTC; QL(42.5 gm por surtido al por menor)
CASTIVA WARMING LOTN	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
dibucaine	P	OTC; QL(56.7 gm por surtido al por menor)
lidocaine hcl CREA 3 %	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
lidocaine hcl CREA 4 %	P	OTC; QL(2 gm al día)
lidocaine hcl GEL 2 %	P	AL(AI menos 21 años)
lidocaine CREA 4 %	P	OTC; QL(2 gm al día)
lidocaine OINT	P	QL(100 gm cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor
lidocaine-prilocaine CREA	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
LMX 4 CREA (Use lidocaine)	NP	OTC; QL(2 gm al día)
RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
DRYSOL SOLN	P	
lanolin (topical) CREA	P	OTC
lanolin (topical) OINT	P	OTC
LANOLOR CREA	P	OTC
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)
OFF DEEP WOODS DRY AERO	P	OTC; QL(113 gm por surtido al por menor, 226 gm cada 30 días de venta al por menor)
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	NP	
SAWYER INSECT REPELLENT CONTROLLED RELEASE LOTN	NP	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	OTC
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>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	OTC
<i>zinc oxide (topical) OINT 20 %</i>	P	OTC; QL(500 gm por surtido al por menor)	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 %</i>	P	OTC
Medicamentos contra la rosácea			RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX	P	OTC
METROCREAM CREA (Use <i>metronidazole (topical)</i>)	NP		SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ml cada 14 días de venta al por menor)
METROLOTION LOTN (Use <i>metronidazole (topical)</i>)	NP		<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)
<i>metronidazole (topical) CREA</i>	P		Productos derivados del alquitrán		
<i>metronidazole (topical) GEL 0.75 %</i>	P	QL(45 gm por surtido al por menor)	<i>coal tar extract SHAM 0.5 %</i>	P	OTC
<i>metronidazole (topical) LOTN</i>	P		DHS TAR GEL SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
Escabicidas y pediculicidas			DHS TAR SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)	NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
LICEMD GEL	P	OTC	Productos para el cuidado de heridas		
<i>malathion</i>	P	QL(59 ml por surtido al por menor)	AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	P	SP; PA
NATROBA (Use <i>spinosad</i>)	NP	Límite mínimo de edad = 6 meses; QL(120 ml por surtido al por menor; 240 ml cada 30 días de venta al por menor)	APLIGRAF DISK	P	PA
NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i>)	NP	OTC	CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML	P	PA
OVIDE (Use <i>malathion</i>)	NP	QL(59 ml por surtido al por menor)	EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE	P	PA
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(360 gm por surtido al por menor)	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM	P	PA
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	OTC			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM	P	PA	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM	P	PA	NOVACHOR	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM	P	PA	OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX FENESTRATED	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM	P	PA	OASIS WOUND MATRIX	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM	P	PA	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM	P	PA	PROTEXT SUSP	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM	P	PA	PURAPLY 2CM X 4CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM	P	PA	PURAPLY 5CM X 5 CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM/MESHED	P	PA	PURAPLY 6CM X 9CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED	P	PA	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH	P	PA	Medicamentos para diagnóstico		
			CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin)	NP	SP; PA
			cosyntropin SOLR	P	SP; PA
			THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA
			Análisis de diagnóstico		
			ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
			ADVIN COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
			BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
			BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS333 STRP	NP	RX/OTC
			BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
			CARESENS N BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
			CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CHEMSTRIP-K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)
CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT	P	OTC; QL(1 cada día)
CLINITEST RAPID COVID-19ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP		FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AG TEST KIT	NP		FORTISCARE G1 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	NP		GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT	NP	
CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT	NP		GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC	GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)
EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	GOTOKNOW COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	NP	
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT	NP	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	KETONE STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
FASTEP COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP		KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)
OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	NP	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
ONETOUCH ULTRA STRP	P	RX/OTC
ONETOUCH ULTRA STRP	NP	RX/OTC
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	P	RX/OTC
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
PRECISION XTRA	P	OTC; QL(1 cada día)
PTS PANELS EGLU STRP	NP	RX/OTC
PTS PANELS KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
RAPID SARS-COV-2 ANTIGENTEST CARD KIT	NP	
RELION KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SPEEDY SWAB RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP	
VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas		
Enzimas digestivas		
CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)
DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial		
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
<i>acetazolamide CP12</i>	P	
<i>acetazolamide TABS</i>	P	
<i>dichlorphenamide</i>	P	SP; PA
KEVEYIS (Use <i>dichlorphenamide</i>)	NP	SP; PA
<i>methazolamide TABS</i>	P	
Combinaciones de diuréticos		
ALDACTAZIDE (Use <i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
MAXZIDE TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide TABS</i>	P	
Diuréticos de asa		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bumetanide TABS</i>	P	
BUMEX TABS 0.5 MG (Use <i>bumetanide</i>)	NP	
<i>furosemide SOLN OR 10 MG/ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>furosemide TABS</i>	P	
LASIX TABS (Use <i>furosemide</i>)	NP	
SOANZ TABS 20 MG	NP	QL(1 cada día)
<i>toremide TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Diuréticos ahorradores de potasio		
ALDACTONE TABS (Use <i>spironolactone</i>)	NP	
<i>amiloride hcl TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>spironolactone TABS</i>	P	
Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas		
<i>chlorthalidone 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>hydrochlorothiazide CAPS</i>	P	
<i>hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>	P	
<i>metolazone</i>	P	
MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
Inhibidores de los esteroides adrenales		
ISTURISA	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de la densidad ósea		
ACTONEL TABS 35 MG (Use <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>alendronate sodium SOLN</i>	P	QL(10.8 ml al día)
<i>alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG</i>	P	QL(0.15 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ATELVIA TBEC (Use <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>calcitonin (salmon) IJ</i>	P	QL(2 ml por surtido al por menor)
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	1 paquete por surtido al por menor
EVENTITY	P	SP; PA
FORTEO SOPN (Use <i>teriparatide (recombinant)</i>)	NP	SP; PA
FOSAMAX TABS 70 MG (Use <i>alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 cada día)
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA
MIACALCIN IJ (Use <i>calcitonin (salmon)</i>)	NP	QL(2 ml por surtido al por menor)
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 (Use <i>zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>teriparatide (recombinant) SOPN</i>	P	SP; PA
TERIPARATIDE SOPN	P	SP; PA
TYMLOS	P	SP; PA
XGEVA SOLN	P	SP; PA
<i>zoledronic acid CONC</i>	P	SP; PA
<i>zoledronic acid SOLN</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOLEDRONIC ACID SOLN	P	SP; PA
Reguladores de la fertilidad		
CHORIONIC GONADOTROPIN IM	P	PA
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML	P	PA
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
GONAL-F RFF SOLR SC	P	PA
GONAL-F SOLR IJ	P	PA
MENOPUR SC	P	PA
NOVAREL IM 5000 UNIT	P	PA
OVIDREL INJ	P	PA
PREGNYL IM	P	PA
PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NACL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE 0.25 MG	P	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (Use <i>ganirelix acetate</i>)	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA
SAIZEN IJ	P	SP; PA
SAIZENPREP RECONSTITUTIONKIT IJ	P	SP; PA
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA
SKYTROFA	P	SP; PA
ZORBTIVE SC	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Moduladores de los receptores hormonales		
EVISTA (Use <i>raloxifene hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>raloxifene hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Inhibidores de los receptores del factor de crecimiento similar a la insulina		
TEPEZZA	P	SP; PA
Factores de crecimiento similares a la insulina (somatomedinas)		
INCRELEX	P	SP; PA
Supresores hipofisarios análogos de los agonistas de la LHRH/GnRH		
FENSOLVI SC	P	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	P	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	P	SP; PA
SUPPRELIN LA	P	SP; PA
SYNAREL	P	SP; PA
TRIPTODUR	P	SP; PA
Modificadores metabólicos		
ALDURAZYME	P	SP; PA
<i>betaine</i>	P	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA
BUPHENYL POWD (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
BUPHENYL TABS (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA
<i>calcitriol CAPS</i>	P	
CARBAGLU (Use <i>carglumic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>carglumic acid</i>	P	SP; PA
CARNITOR SF SOLN OR (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ml al día)
CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ml al día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(3 cada día)	<i>sapropterin dihydrochloride</i> TABS	P	SP; PA
<i>cinacalcet hcl</i>	P	SP; PA	SENSIPAR (Use <i>cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA
CRYSVITA	P	SP; PA	<i>sodium phenylbutyrate POWD</i>	P	SP; PA
CYSTADANE (Use <i>betaine</i>)	NP	SP; PA	<i>sodium phenylbutyrate</i> TABS	P	SP; PA
ELAPRASE	P	SP; PA	STRENSIQ	P	SP; PA
GALAFOLD	P	QL(0.5 cada día); SP; PA	VIMIZIM	P	SP; PA
KANUMA	P	SP; PA	XURIDEN	P	SP; PA
KUVAN PACK (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA	ZEMPLAR SOLN (Use <i>paricalcitol</i>)	NP	SP; PA
KUVAN TABS (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA	Péptidos natriuréticos		
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN OR 1 GM/10ML</i>	P	QL(30 ml al día)	VOXZOGO	P	SP; PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) TABS</i>	P	QL(3 cada día)	Hormonas de la hipófisis posterior		
LUMIZYME	P	SP; PA	DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use <i>desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA
MEPSEVII	P	SP; PA	DDAVP TABS (Use <i>desmopressin acetate</i>)	NP	QL(6 cada día)
MYALEPT	P	SP; PA	<i>desmopressin acetate spray</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
NAGLAZYME	P	SP; PA	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
NEXVIAZYME	P	SP; PA	<i>desmopressin acetate SOLN IJ</i>	P	SP; PA
<i>nitisinone</i> CAPS	P	SP; PA	DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA
NITYR TABS	P	SP; PA	<i>desmopressin acetate</i> TABS	P	QL(6 cada día)
NULIBRY	P	SP; PA	STIMATE SOLN NA	P	SP; PA
ORFADIN CAPS (Use <i>nitisinone</i>)	NP	SP; PA	Medicamentos somatostáticos		
ORFADIN SUSP	P	SP; PA	<i>octreotide acetate</i> SOLN	P	SP; PA
PALYNZIQ	P	SP; PA	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	P	SP; PA
<i>paricalcitol</i> SOLN	P	SP; PA	SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use <i>octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA			
REVCOVI	P	SP; PA			
ROCALTROL CAPS (Use <i>calcitriol</i>)	NP				
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 (Use <i>tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
<i>tolvaptan</i> TABS	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use <i>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</i> TABS	P	QL(1 cada día)
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P	
PREMPHASE	P	
PREMPRO	P	
Estrógenos		
ALORA PTTW	P	QL(8 por surtido al por menor)
CLIMARA PTWK (Use <i>estradiol</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor)
ESTRACE TABS (Use <i>estradiol</i>)	NP	
<i>estradiol</i> PTTW	P	QL(8 por surtido al por menor)
<i>estradiol</i> PTWK	P	QL(4 por surtido al por menor)
<i>estradiol</i> TABS	P	
MINIVELLE PTTW (Use <i>estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
PREMARIN TABS	P	QL(1 cada día)
VIVELLE-DOT PTTW (Use <i>estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
tratamiento de infecciones bacterianas		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	P	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100 MG	P	QL(6 por surtido al por menor)
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use <i>ciprofloxacin hcl</i>)	NP	
<i>levofloxacin</i> TABS	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin</i> 400 MG	P	QL(56 por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios		
Antiflatulentos		
MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP (Use <i>simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use <i>simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone</i> CHEW 80 MG	P	OTC
<i>simethicone</i> LIQD OR 20 MG/0.3ML	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone</i> SUSP	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares		
CHOLBAM	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)		
OCALIVA	P	QL(1 cada día); SP; PA
Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares		
CHENODAL	P	SP; PA
URSO 250 TABS (Use <i>ursodiol</i>)	NP	QL(7 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ursodiol CAPS</i>	P	
<i>ursodiol TABS 250 MG</i>	P	QL(7 cada día)
Estimulantes gastrointestinales		
GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA
<i>metoclopramide hcl SOLN OR 5 MG/5ML, 10 MG/10ML</i>	P	
<i>metoclopramide hcl TABS</i>	P	
REGLAN TABS (<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 (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
AVSOLA	P	SP; PA
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
AZULFIDINE TABS (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
<i>balsalazide disodium CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
COLAZAL CAPS (<i>Use balsalazide disodium</i>)	NP	QL(9 cada día)
DELZICOL CPDR (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
INFLECTRA SOLR	P	SP; PA
INFLIXIMAB	P	SP; PA
LIALDA TBEC (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
<i>mesalamine CP24</i>	P	
<i>mesalamine CPDR</i>	P	
<i>mesalamine ENEM</i>	P	QL(60 ml al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>mesalamine TBEC</i>	P	
REMICADE	P	SP; PA
RENFLEXIS	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
<i>sulfasalazine TABS</i>	P	
<i>sulfasalazine TBEC</i>	P	
Acidificadores intestinales		
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
<i>calcium acetate (phosphate binder) CAPS</i>	P	
Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS)		
GATTEX	P	SP; PA
Inhibidores de la triptófano hidroxilasa		
XERMELO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS - VARIOS - Medicamentos diversos para el tratamiento de problemas del sistema urinario y los órganos reproductores		
Alcalinizadores		
<i>potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG</i>	P	
<i>sodium citrate & citric acid</i>	P	QL(500 ml cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid</i>	NP	RX/OTC
UROKIT-K 10 TBCR (<i>Use potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
UROKIT-K 5 TBCR (<i>Use potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
<i>sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %</i>	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
<i>finasteride</i>	P	QL(1 cada día)
FLOMAX (Use <i>tamsulosin hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
PROSCAR (Use <i>finasteride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>tamsulosin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use <i>phenazopyridine hcl</i>)	NF	
<i>phenazopyridine hcl</i> TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG	P	
PYRIDIUM TABS (Use <i>phenazopyridine hcl</i>)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
<i>tiopronin</i> TABS	P	SP; PA
<i>tiopronin</i> TBEC	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
DEFLUX	P	SP; PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P	
Medicamentos contra la gota		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>allopurinol</i>	P	
<i>colchicine</i> TABS	P	QL(6 por surtido al por menor)
COLCRYS TABS (Use <i>colchicine</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA
ZYLOPRIM (Use <i>allopurinol</i>)	NP	
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
ADVATE	P	SP; PA
ADYNOVATE	P	SP; PA
AFSTYLA	P	SP; PA
ALPHANATE SOLR	P	SP; PA
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT	P	SP; PA
ALPROLIX	P	SP; PA
BENEFIX KIT	P	SP; PA
COAGADDEX	P	SP; PA
CORIFACT	P	SP; PA
ELOCTATE	P	SP; PA
ESPEROCT	P	SP; PA
FEIBA	P	SP; PA
FIBRYGA	P	SP; PA
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML	P	SP; PA
HEMOFIL M SOLR 1501 - 2000 UNIT	P	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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 SOLN</i>	P	SP; PA
<i>icatibant acetate SOSY</i>	P	SP; PA
Inhibidores del complemento		
BERINERT KIT	P	SP; PA
CINRYZE SOLR IV	P	SP; PA
ENJAYMO	P	SP; PA
HAEGARDA SOLR SC	P	SP; PA
RUCONEST	P	SP; PA
TAVNEOS	P	SP; PA
Medicamentos hemorreológicos		
<i>pentoxifylline</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	P	QL(2 cada día)
CABLIVI	P	SP; PA
<i>cilostazol</i>	P	QL(2 cada día)
<i>clopidogrel bisulfate 75 MG</i>	P	
<i>dipyridamole</i>	P	
EFFIENT (Use <i>prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
PLAVIX 75 MG (Use <i>clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPK	P	SP; PA
PYRUKYND TABS	P	SP; PA
Medicamentos trombolíticos - varios		
DEFITELIO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	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 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
Factores de crecimiento hematopoyético		
ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML	P	SP; PA
ARANESP ALBUMIN FREE SOSY	P	SP; PA
EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML	P	SP; PA
GRANIX SOLN	P	SP; PA
GRANIX SOSY	P	SP; PA
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
MIRCERA	P	SP; PA
MULPLETA	P	SP; PA
NEUPOGEN SOLN	P	SP; PA
NEUPOGEN SOSY	P	SP; PA
NIVESTYM SOLN	P	SP; PA
NIVESTYM SOSY	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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</i>	P	QL(1 cada día)
Suplementos de hierro		
FER-IN-SOL SOLN (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ml al día)
FERRETT'S TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>ferrous fumarate TABS 324 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 ml al día)
<i>ferrous sulfate SOLN 44 MG/5ML, 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TABS 65 MG, 325 MG</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate TBEC</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
FERROUS SULFATE TBEC (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 50 años)
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	P	OTC
IRON TABS 28 MG	P	OTC
<i>polysaccharide iron complex CAPS 150 MG</i>	P	QL(1 cada día)
Movilizadores de células madre		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MOZOBIL (Use plerixafor)	NP	SP; PA
plerixafor	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
AMICAR SOLN OR (Use aminocaproic acid)	NP	QL(236.5 ml cada 30 días de venta al por menor); SP
AMICAR TABS 500 MG (Use aminocaproic acid)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP
AMICAR TABS 1000 MG (Use aminocaproic acid)	NP	SP; PA
aminocaproic acid SOLN OR 0.25 GM/ML	P	QL(236.5 ml cada 30 días de venta al por menor); SP
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML	P	SP; PA
aminocaproic acid TABS 1000 MG	P	SP; PA
aminocaproic acid TABS 500 MG	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
LYSTEDA TABS (Use tranexamic acid)	NP	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
tranexamic acid TABS	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Antihistamínicos hipnóticos		
diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG	P	OTC
diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG	P	OTC
doxylamine succinate (sleep)	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep))	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep))	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
phenobarbital ELIX	P	
phenobarbital TABS	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
flurazepam hcl	P	AL(AI menos 18 años - Hasta 65 años)
HALCION 0.25 MG (Use triazolam)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
midazolam hcl SOLN IJ	P	
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam)	NP	AL(AI menos 18 años)
temazepam 15 MG, 30 MG	P	AL(AI menos 18 años)
triazolam	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon 5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
zaleplon 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
zolpidem tartrate TABS	P	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal		
Laxantes a granel		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>calcium polycarbophil</i> TABS	P	OTC; QL(10 cada día)
EVAC POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	
METAMUCIL ORIGINAL TEXTURE POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
METAMUCIL POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD	P	OTC
<i>psyllium</i> CAPS 0.52 GM	P	OTC
<i>psyllium</i> POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 %	P	OTC
<i>psyllium</i> POWD 43 %	P	
<i>psyllium</i> POWD 43 %	NP	
Combinaciones de laxantes		
GOLYTELY SOLR (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</i> SOLR	P	QL(4000 ml por surtido al por menor)
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	P	QL(4000 ml por surtido al por menor)
PEG-PREP	P	
<i>sennosides-docusate sodium</i> TABS	P	OTC; QL(4 cada día)
SENOKOT S TABS (Use <i>sennosides-docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>	P	
SUPREP BOWEL PREP KIT (Use <i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>)	NP	

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA
CONTOUR NEXT EZ BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	FREESTYLE LIBRE/READER/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA
CONTOUR NEXT GEN BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
DEXCOM G6 RECEIVER	NP		GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP	
DEXCOM G7 RECEIVER	NP		GUARDIAN REAL-TIME REPLACEMENT MONITOR PEDIATRIC	NP	
DEXCOM G7 SENSOR	NP		LANCETS-MISC	P	QL (6.67 cada día); OTC
EASY MAX T1 SELF-MONITORING BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	LANCING DEVICE-MISC	P	OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	NP		ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT	NP	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY/READER/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH ULTRA 2 KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH ULTRA 2 KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 2/READER/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	NP		ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	NP		ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	P	RX/OTC
			ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	P	RX/OTC
			SOF-SENSOR	NP	
			TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Dispositivos varios			EMBRACE PEN NEEDLES/32G X 4MM	NP	RX/OTC
ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC	INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC
Suministros ópticos y oftálmicos			INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC
SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA	INSUPEN 31G X 5MM	NP	RX/OTC
Suministros para terapia parenteral			INSUPEN 31G X 8MM	NP	RX/OTC
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC	INSUPEN 32G X 4MM	NP	RX/OTC
AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16"	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 30GX5MM	NP	RX/OTC
AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32"	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31G X 8MM	NP	RX/OTC
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC
ASSURE ID PRO SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 31GX8MM	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE/31GX5MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE/32GX6MM	NP		PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES 31GX3/16" (5MM)	NP	RX/OTC
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES 31GX5/16" (8MM)	NP	RX/OTC
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES 32GX5/32" (4MM)	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES/30G X 5MM	NP	RX/OTC	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 5MM	NP	QL(5 cada día); RX/OTC	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM	NP	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM	NP	RX/OTC
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX5MM	NP	RX/OTC
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX8MM	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6MM	NP	
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM	NP	RX/OTC
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE/32G X 4MM	NP	RX/OTC
Suministros para terapia respiratoria		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADAPTER PED DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
ALL FLOW 1000 PULMONARY FUNCTION FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ASSESS PEAK FLOW METER FULL RANGE	P	RX/OTC
ASSESS PEAK FLOW METER LOW RANGE	P	RX/OTC
BREATHE EASE NEBULIZER MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE NEBULIZER MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
BUBBLES THE FISH II PEDIATRIC MASK/PVC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE/6FT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EBASE CONTROLLER KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP NEUTRALIZING PRE-WASH MISC	P	QL(1 ml cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH UNIVERSAL CPAPFILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CO MONITOR REPLACEMENT TPIECES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	KOKO PEAK PRO REPLACEMENTPLASTIC MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	LITETOUCH MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 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	LITETOUCH MASK MEDIUM 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	LITETOUCH MASK SMALL 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	LUNG PERFORMANCE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
EASY FLOW HEPA FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	MASK VORTEX/CHILD/FROG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
			MASK VORTEX/TODDLER/LAD YBUG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PFLEX MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/SMALL/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PHARMACIST CHOICE NEBULIZER/CPAP/INHALER CHAMBER MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SAMI THE SEAL REPLACEMENTFILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PIKO 1 ELECTRONIC	P	RX/OTC	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/SAMI THE SEAL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/TUCKER THE TURTLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKET PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	SIDESTREAM PLUS ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKETPEAK PEAK FLOW METER LOW RANGE	P	RX/OTC	SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
POCKETPEAK PEAK FLOW METER/UNIVERSAL RANGE 50-720 LPM	P	RX/OTC	SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PURE COMFORT PEAK FLOW METER ADULT	P	RX/OTC	SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PURE COMFORT PEAK FLOW METER CHILD	P	RX/OTC	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
REPLACEMENT AIR FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC			
REPLACEMENT FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC			
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/LARGE/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES	P	QL (3 cada 180 días de venta al por menor)
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS	P	QL (2 cada 360 días de venta al por menor)
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	P	RX/OTC
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
THRESHOLD IMT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
TRUZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
TUBING/WING TIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
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 (Use ergotamine w/ caffeine)	NP	AL(AI menos 18 años)
ergotamine w/ caffeine TABS	P	AL(AI menos 18 años)
Productos contra la migraña		
dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML	P	AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate)	NP	AL(AI menos 18 años)
Agonistas de la serotonina		
AMERGE (Use naratriptan hcl)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
eletriptan hydrobromide	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate)	NP	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate)	NP	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(0.4 cada día)
MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
naratriptan hcl	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
RELPAX (Use eletriptan hydrobromide)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
rizatriptan benzoate TABS	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>rizatriptan benzoate TBDP</i>	P	QL(0.4 cada día)
<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 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)
<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)
<i>sumatriptan succinate TABS</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan SOLN 5 MG</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan TABS</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>zolmitriptan TBDP</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
ZOMIG SOLN (<i>Use zolmitriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (<i>Use zolmitriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
MINERALES Y ELECTROLITOS		
Calcio		
CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABS	P	OTC; QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-200 UNIT-500 MG-500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC
<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 400 UNIT-800 UNIT-600 MG-600 MG, 800 UNIT-600 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT</i>	P	OTC
CALTRATE 600+D3 TABS (<i>Use calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)
CALTRATE BONE HEALTH TABS (<i>Use calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>oyster shell</i>	P	OTC
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	P	OTC
PARVA-CAL	P	OTC
QC CALCIUM 500MG/D3 TABS	P	OTC
Mezclas de electrolitos		
BIOLYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERALYTE 70 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERASPORT EX1 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERASPORT SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
ENFAMIL ENFALYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
EQUALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
HYDRALYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
KINDERLYTE PREMAX SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
KINDERLYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
<i>oral electrolytes SOLN</i>	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
PEDIALYTE SINGLES SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)
PEDIALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)
TRUELYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
Flúor		
<i>sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG</i>	P	AL(Hasta 15 años)
<i>sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML</i>	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
Magnesio		
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS	P	OTC
<i>magnesium oxide (mg supplement) TABS 241.5 MG, 400 MG</i>	P	OTC
MAGNESIUM OXIDE CAPS	P	OTC
MAGNESIUM CAPS 400 MG	P	OTC

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SYPRINE (<i>Use trientine hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>trientine hcl 250 MG</i>	P	SP; PA
<i>trientine hcl 500 MG</i>	P	SP
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA
REVLIMID	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM	P	SP; PA
<i>azathioprine TABS 50 MG</i>	P	
<i>azathioprine TABS 75 MG, 100 MG</i>	P	PA
CELLCEPT CAPS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT SUSR (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT TABS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN</i>	P	
<i>cyclosporine CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML</i>	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA
IMURAN TABS (<i>Use azathioprine</i>)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>mycophenolate mofetil CAPS</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil SUSR</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil TABS</i>	P	
<i>mycophenolate sodium</i>	P	
MYFORTIC (<i>Use mycophenolate sodium</i>)	NP	
NEORAL CAPS (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NEORAL SOLN (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS (<i>Use tacrolimus</i>)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA
RAPAMUNE SOLN (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
RAPAMUNE TABS (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
SANDIMMUNE CAPS (<i>Use cyclosporine</i>)	NP	
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML (<i>Use cyclosporine</i>)	NP	
SANDIMMUNE SOLN OR <i>sirolimus SOLN</i>	P	
<i>sirolimus SOLN</i>	P	
<i>sirolimus TABS</i>	P	
<i>tacrolimus CAPS</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
Medicamentos eliminadores de potasio		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate POWD</i>	P	
<i>sodium polystyrene sulfonate SUSP OR 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 AFECCIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES		
Anestésicos tópicos orales		
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
Antiinfecciosos - Garganta		
NYSTATIN (<i>Use nystatin (mouth-throat)</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
Antisépticos - Bucales/Garganta		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	P	
PERIDEX (<i>Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>)	NP	
Productos dentales		
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
PREVIDENT FLUORIDE GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
<i>sodium fluoride (dental) CREA</i>	P	PA
<i>sodium fluoride (dental) GEL</i>	P	
<i>sodium fluoride (dental) PSTE DT</i>	P	
Productos periodontales		
ARESTIN	P	SP; PA
Esteroides - Bucales/Garganta/Dental		
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
Productos para la garganta - varios		
AQUORAL SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SPRAY 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 SPRAY SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
MOI-STIR SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
MOUTH KOTE REMINT SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MOUTH KOTE SOLN	P	QL(900 por surtido al por menor); RX/OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
ORAL RELIEF SPRAY FOR DRYMOUTH & DISCOMFORT SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>pilocarpine hcl (oral) 5 MG</i>	P	QL(6 cada día)
RA DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
SALAGEN 5 MG (<i>Use pilocarpine hcl (oral)</i>)	NP	QL(6 cada día)
XEROSTOMIA RELIEF SPRAY SOLN	P	QL(900 ml por surtido al por menor); RX/OTC
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del complejo B		
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Complejo B con C		
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
Complejo B con ácido fólico		
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con hierro		
<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
Multivitaminas con minerales		
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas		
ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ESTROFACTORS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
FOLCYTEINE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
GENICIN VITA-Q TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTI VITAMIN/D-3 TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTI VITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
NEOMULTIVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
OMNICAP TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.25 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG, 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG	P	RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.5 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
QUFLORA PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VITA SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
Multivitaminas pediátricas con hierro			POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	Vitaminas prenatales		
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	Vitaminas con lipotrópicos		
POLY-VI-SOL/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	<i>vitamins w/ lipotropics</i> CAPS	P	OTC; QL(1 cada día)
POLY-VITA/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos		
POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)	Terapia reparadora del cartílago articular		
Multivitaminas pediátricas			MACI	P	SP; PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)	Relajantes musculares centrales		
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)	<i>baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA
MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)	<i>baclofen TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	
			<i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>	P	
			<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
			<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
			GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
			GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
			LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 0.05 MG/ML, 10 MG/5ML	P	SP; PA
<i>methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>orphenadrine citrate TB12</i>	P	
<i>tizanidine hcl TABS</i>	P	
ZANAFLEX TABS 4 MG (Use <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
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		
LITTLE REMEDIES SALINE SPRAY/DROPS SOLN	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SALINE NASAL SPRAY 0.65%	P	OTC;QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antialérgicos nasales		
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ml cada30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		
FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>flunisolide (nasal) 0.025 %</i>	P	QL(25 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i>	P	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDRENS AERO (Use <i>triamcinolone acetonide (nasal)</i>)	NP	AL(AI menos 2 años)
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use <i>triamcinolone acetonide (nasal)</i>)	NP	AL(AI menos 2 años)
<i>triamcinolone acetonide (nasal) AERO</i>	P	AL(AI menos 2 años)
Descongestionantes simpaticomiméticos		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TEGLUTIK SUSP	P	SP; PA
TIGLUTIK SUSP	P	SP; PA
Medicamentos contra la distrofia muscular		
AMONDYS 45	P	SP; PA
EXONDYS 51	P	SP; PA
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
Medicamentos contra la atrofia muscular espinal (SMA)		
EVRYSDI	P	SP; PA
SPINRAZA	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG	P	SP; PA
NUTRIENTES		
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ml por surtido al por menor)
POLYCOSE POWD	P	OTC; QL(350 gm por surtido al por menor)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Sustancias nutritivas varias		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>omega-3 fatty acids CAPS</i>	P	OTC; QL(6 cada día)
<i>omega-3 fatty acids CPDR</i>	P	QL(6 cada día)
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Lágrimas y lubricantes artificiales		
<i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>white petrolatum-mineral oil</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
Betabloqueadores oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	P	
<i>COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate)</i>	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
<i>TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Midriáticos ciclopléjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic))</i>	NP	
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1 %</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)	NP	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
CYCLOGYL 2 %	P	
cyclopentolate hcl 0.5 %	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
cyclopentolate hcl 1 %, 2 %	P	
homatropine hbr	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
ISOPTO ATROPINE SOLN	P	
MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide)	NP	
phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
tropicamide SOLN	P	
Mióticos		
pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %	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 MG/0.12ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML	P	SP; PA
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML	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 SOLN	P	SP; PA
VABYSMO	P	SP; PA
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
apraclonidine hcl	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
brimonidine tartrate 0.2 %	P	
IOPIDINE	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
BACIGUENT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
bacitracin (ophthalmic)	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
bacitracin-polymyxin b (ophth)	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
BLEPH-10 SOLN (Use sulfacetamide sodium (ophth))	NP	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
CILOXAN OINT	P	
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)
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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VIGAMOX SOLN OP (Use <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>)	NP	QL(3 ml por surtido al por menor)	ILUVIEN	P	SP; PA
Descongestionantes oftálmicos			MAXITROL OINT (Use <i>neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)	MAXITROL SUSP (Use <i>neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
OPCON-A (Use <i>naphazoline w/ pheniramine</i>)	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)	<i>neomycin-polymyx-dexameth OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %</i>	P	OTC	<i>neomycin-polymyx-dexameth SUSP</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
VISINE RED EYE COMFORT (Use <i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i>)	NP	OTC	<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Terapia génica oftálmica			OZURDEX IMPL	P	SP; PA
LUXTURNA	P	SP; PA	PRED FORTE (Use <i>prednisolone acetate (ophth)</i>)	NP	
Anestésicos oftálmicos locales			PRED MILD	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P		PRED-G SUSP	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica			<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	
VISUDYNE	P	SP; PA	PREDNISOLONE ACETATE P-F	P	
Fotoprotectores oftálmicos			PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA	RETISERT	P	SP; PA
Esteroides oftálmicos			<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	P		TOBRADEX OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	P		TOBRADEX SUSP (Use <i>tobramycin-dexamethasone</i>)	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
DEXTENZA INST	P	SP; PA	<i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA	TRIESENCE	P	SP; PA
<i>fluorometholone (ophth) SUSP</i>	P		XIPERE	P	SP; PA
FML LIQUIFILM SUSP (Use <i>fluorometholone (ophth)</i>)	NP		YUTIQ	P	SP; PA
FML OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)	Productos oftálmicos - varios		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth))	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth))	NP	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
ALOCRIIL	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
ALOMIDE	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
azelastine hcl (ophth)	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor)
AZOPT (Use brinzolamide)	NP	
brinzolamide	P	
cromolyn sodium (ophth)	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
CYSTADROPS	P	SP; PA
CYSTARAN	P	SP; PA
diclofenac sodium (ophth)	P	QL(3 ml cada 30 días de venta al por menor)
dorzolamide hcl	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)
flurbiprofen sodium	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %	P	
TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth))	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		
latanoprost SOLN	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
LATANOPROST SOLN	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
XALATAN SOLN (Use latanoprost)	NP	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído		
Medicamentos óticos - varios		
acetic acid (otic)	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
carbamide peroxide (otic) 6.5 %	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic))	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
ofloxacin (otic)	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
CIPRODEX (Use ciprofloxacin-dexamethasone)	NP	QL(7.5 ml por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
ciprofloxacin-dexamethasone	P	QL(7.5 ml por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides óticos		
DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))	NP	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
fluocinolone acetonide (otic)	P	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
hydrocortisone w/acetic acid	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
HYDROCORTISONE/ACETIC ACID (Use hydrocortisone w/acetic acid)	NP	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Oxitócicos		
<i>methylegonovine maleate TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia		
Sueros inmunitarios		
BIVIGAM SOLN 10 %	P	SP; PA
BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML	P	PA
CUTAQUIG	P	SP; PA
CUVITRU SOLN	P	SP; PA
CYTOGAM	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML	P	PA
GAMASTAN	P	SP; PA
GAMMAGARD LIQUID	P	SP; PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR	P	SP; PA
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML	P	SP; PA
GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML	P	PA
GAMMAPLEX SOLN	P	SP; 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 MINI-DOSE SOSY IM	P	SP; PA
HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT	P	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTEREDPLUS SOSY IM	P	SP; PA
NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OCTAGAM SOLN	P	SP; PA
OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML	P	PA
PANZYGA	P	SP; PA
PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML	P	PA
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		
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
ZINPLAVA	P	SP; PA
Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones		
HYQVIA	P	SP; PA
PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
AMOXICILLIN SUSR (Use <i>amoxicillin</i>)	NP	
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Combinaciones de penicilinas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
Medicamentos e ingredientes internos		
SIMPLYTHICK	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SIMPLYTHICK EASY MIX	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
SIMPLYTHICK EASYMIX	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
Excipientes líquidos		
FLAVOR BLEND SUSP	P	RX/OTC
FLAVOR PLUS LIQD	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET-SF SYRP	P	RX/OTC
FLAVOR SWEET SYRP	P	RX/OTC
<i>glycine diluent</i>	P	SP; PA
GRAPE SYRUP SYRP	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
MX-SOL BLEND SUSP	P	RX/OTC
MX-SOL SF SYRP	P	RX/OTC
MX-SOL SUSPEND SUSP	P	RX/OTC
MX-SOL SYRP	P	RX/OTC
ORA-BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
ORA-BLEND SUSP	P	RX/OTC
ORAL MIX FLAVORED SUSPENDING VEHICLE SUSP	P	RX/OTC
ORAL MIX SF SUSP	P	RX/OTC
ORAL SUSPEND LIQD	P	RX/OTC
ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
ORAL SYRUP SF SYRP	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYDROUS SWEETENED LIQD	P	RX/OTC
ORAPENN SD ANHYDROUS UNSWEETENED LIQD	P	RX/OTC
ORA-PLUS LIQD	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	P	RX/OTC
ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %	P	RX/OTC
PCCA SWEET-SF SYRP	P	RX/OTC
PCCA SYRUP VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
PCCA-PLUS SUSP	P	RX/OTC
PH 12 STERILE DILUENT FORFLOLAN	P	SP; PA
SOSWEET SYRP	P	RX/OTC
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use <i>glycine diluent</i>)	NP	SP; PA
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/SWEETENED SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/UNSWEETENED SUSP	P	RX/OTC
SUSPENSION VEHICLE SUSP	P	RX/OTC
SYRPALTA SYRP 83 %	P	RX/OTC
SYRSPEND SF LIQD	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SF SYRP	P	RX/OTC
SYRUP VEHICLE SYRP	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP	P	RX/OTC
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP	P	RX/OTC
VERSAFREE SYRP	P	RX/OTC
VERSAPLUS SYRP	P	RX/OTC
Excipientes semisólidos		
<i>Ianolin XX</i>	P	
LANOLIN XX	P	
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
modificación hormonal		
Progesterinas		
AYGESTIN TABS (Use <i>norethindrone acetate</i>)	NP	
<i>hydroxyprogesterone caproate OIL</i>	P	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA OIL (Use <i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	NP	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA SOAJ	P	SP; PA
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	
<i>norethindrone acetate TABS</i>	P	
<i>progesterone CAPS 100 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
<i>progesterone CAPS 200 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
PROVERA (Use <i>medroxyprogesterone acetate</i>)	NP	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales		
Medicamentos contra la dependencia química		
<i>disulfiram 250 MG</i>	P	
Medicamentos anticatapléjicos		
SODIUM OXYBATE SOLN	P	SP; PA
XYREM SOLN	P	SP; PA
XYWAV	P	SP; PA
Medicamentos contra la demencia		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride)	NP	QL(1 cada día)
donepezil hydrochloride TABS 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	P	QL(1 cada día)
galantamine hydrobromide SOLN	P	QL(6 ml al día)
galantamine hydrobromide TABS	P	QL(2 cada día)
memantine hcl SOLN	P	QL(2 ml al día); PA
memantine hcl TABS	P	QL(2 cada día); PA
memantine hcl TABS	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl)	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TABS (Use memantine hcl)	NP	QL(2 cada día); PA
RAZADYNE ER CP24 (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	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
perphenazine-amitriptyline	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
SAVELLA TABS	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
tetrabenazine	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
XENAZINE (Use tetrabenazine)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
AMPYRA (Use dalfampridine)	NP	SP; PA
AUBAGIO (Use teriflunomide)	NP	QL(1 cada día); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PSKT	P	SP; PA
BAFIERTAM	P	SP; PA
COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate)	NP	SP
dalfampridine	P	SP; PA
dimethyl fumarate CDPK	P	SP
dimethyl fumarate CPDR	P	SP
EXTAVIA KIT	P	SP; PA
ingolimod hcl	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA 0.5 MG	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA (Use fingolimod hcl)	NP	QL(1 cada día); SP
glatiramer acetate SOSY	P	SP
KESIMPTA	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOPN	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC	P	SP; PA
PLEGRIDY SOPN	P	SP; PA
PLEGRIDY SOSY IM	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE TITRATIONPACK SOAJ	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE SOAJ	P	SP; PA
REBIF TITRATION PACK SOSY	P	SP; PA
REBIF SOSY	P	SP; PA
TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use dimethyl fumarate)	NP	SP

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TECFIDERA CPDR (<i>Use dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
<i>teriflunomide</i>	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (<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 TRANSDERMAL SYSTEM KIT	P	
<i>nicotine MISC XX</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día)
NICOTROL INHALER INHA	P	QL(16.8 cada día)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ml al día)
<i>varenicline tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>varenicline tartrate TBPk</i>	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TEGSEDI	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares		
Inhibidor de la alfa-proteinasa (humano)		
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	P	SP; PA
GLASSIA SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLN	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 1000 MG	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	P	PA
Medicamentos contra la fibrosis quística		
BRONCHITOL	P	SP; PA
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	P	SP; PA
KALYDECO PACK 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 TBPk	P	QL(3 cada día); SP; PA
Medicamentos contra la fibrosis pulmonar		
ESBRIET CAPS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
ESBRIET TABS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
OFEV	P	SP; PA
<i>pirfenidone CAPS</i>	P	SP; PA
<i>pirfenidone TABS</i>	P	SP; PA
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclina		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ACTICLATE TABS (Use doxycycline hyclate)	NF	
doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG	P	
doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG	P	
doxycycline hyclate CAPS	P	
doxycycline hyclate TABS 100 MG	P	
minocycline hcl CAPS	P	
tetracycline hcl CAPS 500 MG	P	
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate)	NP	
MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas		
Medicamentos antitiroideos		
methimazole TABS	P	
propylthiouracil	P	
Hormonas tiroideas		
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
ARMOUR THYROID TABS	P	
CYTOMEL TABS (Use liothyronine sodium)	NP	
levothyroxine sodium TABS	P	
liothyronine sodium TABS	P	
NIVA THYROID TABS	P	
NP THYROID 120 TABS	P	
NP THYROID 15 TABS	P	
NP THYROID 30 TABS	P	
NP THYROID 60 TABS	P	
NP THYROID 90 TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium)	P	
THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
TOXOIDES		
Combinaciones de toxoides		
ADACEL SUSP	P	
BOOSTRIX SUSP	P	
BOOSTRIX SUSY	P	
DAPTACEL	P	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P	
INFANRIX	P	
KINRIX SUSY	P	
PEDIARIX SUSY	P	
PENTACEL	P	
QUADRACEL SUSP	P	
QUADRACEL SUSY	P	
TDVAX SUSP	P	
TENIVAC INJ	P	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP	P	
VAXELIS SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P	
MEDICAMENTOS CONTRA LA ÚLCERA - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades intestinales y estomacales		
Antiespasmódicos		
dicyclomine hcl CAPS	P	
dicyclomine hcl SOLN OR	P	QL(496 ml cada 30 días de venta al por menor)
dicyclomine hcl TABS	P	
glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
hyoscyamine sulfate ELIX	P	
hyoscyamine sulfate ELIX	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P		PEPCID AC TABS 20 MG (Use famotidine)	NP	RX/OTC
hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML	NP		PEPCID TABS (Use famotidine)	NP	RX/OTC
hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML	P		TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine)	NP	RX/OTC
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG	P		TAGAMET HB TABS (Use cimetidine)	NP	RX/OTC
hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG	NP		Medicamentos antiulcerosos - varios		
hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG	NP		CARAFATE SUSP (Use sucralfate)	NP	QL(420 ml por surtido al por menor)
hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG	P		CARAFATE TABS (Use sucralfate)	NP	
hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG	P	QL(4 cada día)	sucralfate SUSP	P	QL(420 ml por surtido al por menor)
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG	P		sucralfate TABS	P	
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG	NP		Inhibidores de la bomba de protones		
LEVIBID TB12 (Use hyoscyamine sulfate)	NP	QL(4 cada día)	DEXILANT (Use dexlansoprazole)	NP	ST
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use hyoscyamine sulfate)	NP		dexlansoprazole	P	ST
ROBINUL FORTE TABS (Use glycopyrrolate)	NP	QL(4 cada día)	esomeprazole magnesium CPDR 20 MG	P	QL(2 cada día); RX/OTC
ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate)	NP	QL(4 cada día)	lansoprazole CPDR 15 MG	P	QL(4 cada día); RX/OTC
Antagonistas H-2			lansoprazole CPDR 30 MG	P	
cimetidine hcl OR 300 MG/5ML	P		NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
cimetidine TABS	P	RX/OTC	NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
famotidine SUSP	P		NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC
famotidine TABS 10 MG	P	OTC	OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 cada día); OTC
famotidine TABS 20 MG, 40 MG	P		omeprazole magnesium TBEC	P	OTC; QL(1 cada día)
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine)	NP	RX/OTC	omeprazole CPDR	P	QL(2 cada día)
PEPCID AC TABS 10 MG (Use famotidine)	NP	OTC			

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pantoprazole sodium TBEC 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
PREVACID 24HR CPDR (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	QL(4 cada día); RX/OTC
PREVACID CPDR 30 MG (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	
PRILOSEC OTC TBEC (Use <i>omeprazole magnesium</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
PROTONIX TBEC 20 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
PROTONIX TBEC 40 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)
VOQUEZNA	NP	
Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas		
CYTOTEC (Use <i>misoprostol</i>)	NP	
<i>misoprostol</i>	P	
Combinaciones terapéuticas antiulcerosas		
<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máx. de 14 días cada 365 días de venta al por menor
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga		
Antiespasmódicos urinarios – Estimuscarínicos (anticolinérgicos)		
DETROL LA CP24 (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)
DETROL TABS (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día)
DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use <i>oxybutynin chloride</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trospium chloride TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Antiespasmódicos urinarios - agonistas colinérgicos		
<i>bethanechol chloride</i>	P	
Antiespasmódicos urinarios - relajantes musculares directos		
<i>flavoxate hcl</i>	P	
VACUNAS		
Vacunas bacterianas		
ACTHIB SOLR IM	P	
BCG VACCINE	P	
BEXSERO	P	
BIOTHRAX	P	
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENACTRA	P	
MENQUADFI	P	
MENVEO SOLN	P	
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23	P	
PNEUMOVAX 23/1 DOSE	P	
PREVNAR 13	P	
PREVNAR 20	P	
TRUMENBA	P	
TYPHIM VI SOLN	P	
TYPHIM VI SOSY	P	
VAXCHORA	P	
VAXNEUVANCE	P	
VIVOTIF	P	
Vacunas derivadas de virus		
ABRYSVO	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
ACAM2000	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AREXVY	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)	MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6M O-5Y	P	
COMIRNATY 2023-24 SUSP	P		MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	P	
COMIRNATY 2023-24 SUSY	P		MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP	P	
COMIRNATY SUSP	P		MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP	P	
DENGVAXIA	P		NOVAVAX COVID-19 VACCINE	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24	P	
ENGERIX-B SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP	P	
GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y SUSP	P	
GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	P	
HAVRIX	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y SUSP	P	
HEPLISAV-B SOSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP	P	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/5-11Y	P	
IPOL INACTIVATED IPV	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6M-4Y	P	
IXIARO	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	P	
JANSSEN COVID-19 VACCINE	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE SUSP	P	
JYNNEOS	P				
M-M-R II SOLR	P				
MODERNA COVID-19 VACCINE,BIVALENT ORIGINAL ANDOMICRON	P				
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP	P				

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
PRIORIX SUSR	P	
PROQUAD SUSR	P	
RABAVERT	P	
RECOMBIVAX HB SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
RECOMBIVAX HB SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
ROTARIX SUSP	P	
ROTARIX SUSR	P	
ROTATEQ SOLN	P	
SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP	P	
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSY	P	
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
STAMARIL SUSR	P	
TICOVAC	P	
TWINRIX SUSY	P	
VAQTA	P	
VARIVAX INJ	P	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</i> CREA	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1 %	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 2 %	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> KIT	P	
<i>miconazole nitrate vaginal</i> SUPP 200 MG	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> SUPP 100 MG	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</i> CREA	P	
<i>terconazole vaginal</i> SUPP	P	
<i>tioconazole vaginal</i> 6.5 %	P	OTC
VANDAZOLE	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use <i>hydrocortisone vaginal</i>)	NP	QL(454 gm por surtido al por menor)
Estrógenos vaginales		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ESTRACE CREA (<i>Use 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 (<i>Use estradiol vaginal</i>)	NP	
VASOPRESORES - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades cardíacas y circulatorias		
Medicamentos para el tratamiento de la anafilaxia		
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>	NP	
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ</i>	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 cada 365 días de venta al por menor)
EPIPEN 2-PAK SOAJ (<i>Use 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 (<i>Use 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 (<i>Use droxidopa</i>)	NP	SP; PA
Vasopresores		
<i>midodrine hcl</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VITAMINAS		
Vitaminas solubles en aceite		
BABY DDROPS LIQD OR (<i>Use cholecalciferol</i>)	NP	Límite de edad = menos de 6 meses
<i>cholecalciferol CAPS 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT</i>	P	OTC; QL(100 por surtido al por menor)
<i>cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1.25 MG, 50000 UNIT</i>	P	OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)
<i>cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>	P	
<i>cholecalciferol LIQD OR 400 UT/0.028ML</i>	P	Límite de edad = menos de 6 meses
DRISDOL CAPS (<i>Use ergocalciferol</i>)	NP	
D-VI-SOL LIQD OR (<i>Use cholecalciferol</i>)	NP	
<i>ergocalciferol CAPS</i>	P	
<i>ergocalciferol SOLN OR</i>	P	
KEY-E CHEW	P	QL(2 cada día)
MEPHYTON TABS (<i>Use phytonadione</i>)	NP	
<i>phytonadione TABS 5 MG</i>	P	
VITAMIN D3 LIQD OR 5000 UNIT/ML	P	Límite de edad = 6 meses a 1 año
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>vitamin e CAPS 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT</i>	P	QL(2 cada día)
VITAMIN E CAPS 200 UNIT	P	OTC; QL(2 cada día)
VITAMIN E CHEW	P	OTC; QL(2 cada día)
Vitaminas solubles en agua		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ascorbic acid TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
NIACIN TR TBCR	P	OTC
<i>niacin CPCR 250 MG, 500 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TABS 500 MG</i>	P	OTC
<i>niacin TBCR</i>	P	OTC
<i>pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	OTC
<i>riboflavin TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
SLO-NIACIN TBCR (<i>Use niacin</i>)	NP	OTC
<i>thiamine hcl TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>thiamine mononitrate TABS 100 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)

ÍNDICE

abacavir sulfate SOLN _____	38	acetaminophen SUSP 80 MG/2.5ML, 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML ____	5	tromethamine (ophth)) _____	89
abacavir sulfate TABS _____	38	acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG _____	5	acyclovir CAPS _____	40
abacavir sulfate-lamivudine _____	38	acetaminophen w/ codeine SOLN _	7	acyclovir SUSP _____	40
ABECMA _____	31	acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir TABS OR 400 MG _____	40
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	37	acetazolamide CP12 _____	58	acyclovir TABS OR 800 MG _____	40
ABILIFY MAINTENA SRER _____	37	acetazolamide TABS _____	58	acyclovir topical CREA _____	52
ABILIFY TABS (Use aripiprazole) .	37	acetic acid (otic) _____	89	acyclovir topical OINT _____	52
abiraterone acetate _____	32	acetylcysteine SOLN _____	49	ADACEL SUSP _____	95
ABRAXANE _____	35	ACNE MEDICATION 10 LOTN _	49	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ABRYSVO _____	97	ACNE MEDICATION 5 LOTN ____	49	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____	49	ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-ADBM AJKT _____	3
ACAM2000 _____	97	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER AJKT _.	3
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRP _____	56	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADBM PSKT 40 MG/0.4ML _____	3
ACCUPRIL (Use quinapril hcl) ____	25	ACTHIB SOLR IM _____	97	ADALIMUMAB-ADBM PSKT 40 MG/0.8ML _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) ____	26	ACTICLATE TABS (Use doxycycline hyclate) _____	95	ADALIMUMAB-ADBM PSKT _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) ____	26	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML ____	34	ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEVITIS STARTER AJKT _____	3
ACCURETIC 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) ____	26	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	62	ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT _____	3
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____	72	ACTIVITY POUCH MISC _____	72	ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS AJKT _____	3
acebutolol hcl CAPS _____	41	ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium) _____	59	ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS AJKT _____	3
acetaminophen CHEW _____	5	ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl) _____	18	ADALIMUMAB-FKJP AJKT _____	3
acetaminophen ELIX _____	5	ACTOS (Use pioglitazone hcl) ____	21	ADALIMUMAB-FKJP PSKT 20 MG/0.4ML _____	3
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .	5	ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	89	ADALIMUMAB-FKJP PSKT _____	3
acetaminophen SOLN OR 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	89	ADAPTER PED DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC _____	72
acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG _____	5			ADBRY _____	53

ADCETRIS _____	31	MISC _____	72	ALEVE ARTHRITIS TABS (Use naproxen sodium) _____	4
ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____	43	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	72	ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____	4
ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) .	1	AEROTRACH PLUS MISC _____	72	ALFERON N _____	34
ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) .	1	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____	33	ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium) _____	30
ADEMPAS _____	44	AFINITOR TABS (Use everolimus) 33		ALIQOPA _____	33
ADMELOG SOLN IJ _____	19	AFSTYLA _____	64	ALKERAN (Use melphalan) _____	29
ADMELOG SOLOSTAR SOPN ____	19	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC _____	72	ALKERAN IV (Use melphalan hcl) .	29
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal)) _____	85	AIRZONE PEAK FLOW METER _	72	ALL FLOW 1000 PULMONARY FUNCTION FILTER MISC _____	72
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	95	albuterol sulfate AERS _____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23
ADULT AEROSOL MASK MISC _	72	albuterol sulfate NEBU 0.083 % ____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23
ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC _____	72	albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML _____	11	allopurinol _____	64
ADULT MASK LARGE MISC _____	72	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____	11	ALOCRIAL _____	89
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____	11	ALBUTEROL SULFATE NEBU ____	11	alogliptin benzoate _____	19
ADVATE _____	64	albuterol sulfate SYRP _____	11	alogliptin-metformin hcl _____	18
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen) _____	47	albuterol sulfate TABS _____	11	alogliptin-pioglitazone _____	18
ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____	4	ALCOHOL PREP PADS-MISC ____	71	ALOMIDE _____	89
ADVIN COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56	ALDACTAZIDE (Use spironolactone & hydrochlorothiazide) _____	58	ALORA PTTW _____	62
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM _____	71	ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____	59	ALPHANATE SOLR _____	64
ADYNOVATE _____	64	ALDURAZYME _____	60	ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____	64
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC _____	72	ALECENSA _____	33	alprazolam TABS _____	9
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	72	alendronate sodium SOLN _____	59	ALPROLIX _____	64
AEROECLIPSE MASK MEDIUM		alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG _____	59	ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _____	25
		alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG _____	59	ALTRIXA TABS _____	81
				alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____	9

alum & mag hydrox-simethicone SUSP _____	9	amlodipine besylate TABS _____	42	lansoprazole THPK _____	97
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML _____	9	amlodipine besylate-benazepril hcl . 26		amphetamine-dextroamphetamine CP24 1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG- 1.25 MG, 2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG, 3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG, 5 MG-5 MG-5 MG-5 MG, 6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG, 7.5 MG-7.5 MG-7.5 MG-7.5 MG _____	1
ALUNBRIG TABS _____	33	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____	26	amphetamine-dextroamphetamine TABS _____	1
ALUNBRIG TBPk _____	33	amlodipine besylate-valsartan ____	26	ampicillin CAPS 500 MG _____	90
amantadine hcl CAPS _____	36	amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide _____	26	AMPYRA (Use dalfampridine) ____	93
amantadine hcl SOLN _____	36	AMNIOTIC MEMBRANE		ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____	17
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride) _____	21	ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET .	55	ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8
AMARYL 4 MG (Use glimepiride) .	21	AMONDYS 45 _____	85	ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____	4
AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate) _____	67	amoxapine _____	17	anastrozole _____	32
ambrisentan _____	43	amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 91		ANDEXXA 200 MG _____	22
AMERGE (Use naratriptan hcl) ____	76	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	91	ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____	22
AMICAR SOLN OR (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	91	ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____	8
AMICAR TABS 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	91	APLIGRAF DISK _____	55
AMICAR TABS 500 MG (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG . 91		APOKYN SOCT _____	36
amiloride & hydrochlorothiazide ____	58	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	91	apomorphine hydrochloride SOCT	36
amiloride hcl TABS _____	59	amoxicillin & pot clavulanate TB12	91	APO-VARENICLINE TABS _____	94
aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	67	amoxicillin CAPS _____	90	apraclonidine hcl _____	87
aminocaproic acid SOLN OR 0.25 GM/ML _____	67	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . 90		APRISO CP24 (Use mesalamine) .	63
aminocaproic acid TABS 1000 MG . 67		AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____	90	APTIVUS CAPS _____	38
aminocaproic acid TABS 500 MG .	67	amoxicillin SUSR _____	90	AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16" _____	71
amiodarone hcl TABS 200 MG ____	10	amoxicillin TABS 875 MG _____	90	AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32" _____	71
amitriptyline hcl TABS _____	17	amoxicillin-clarithromycin w/			
AMLADEx TABS _____	81				

AQUORAL SOLN _____	80	ASPARLAS _____	34	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic)) .	86
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	94	aspirin buffered (cal carb-mag carb- mag oxide) _____	6	ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	.86
ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML _____	66	aspirin CHEW _____	6	ATROVENT HFA _____	10
ARANESP ALBUMIN FREE SOSY .	66	ASPIRIN SUPP 300 MG _____	6	AUBAGIO (Use teriflunomide) ____	93
ARAVA (Use leflunomide) _____	5	aspirin TABS 325 MG _____	6	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) ____	91
ARCALYST _____	4	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG ____	6	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML- 125 MG/5ML _____	91
ARESTIN _____	80	ASSESS PEAK FLOW METER FULL RANGE _____	72	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)	91
AREXVY _____	98	ASSESS PEAK FLOW METER LOW RANGE _____	72	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE/31GX5MM _____	71
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) _____	93	ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	71	AUM PEN NEEDLE/32GX4MM ____	71
ARIKAYCE _____	2	ASSURE ID PRO SAFETY PENNEEDLES 30G X 5MM _____	71	AUM PEN NEEDLE/32GX6MM ____	71
ARIMIDEX (Use anastrozole) ____	32	ATACAND (Use candesartan cilexetil) _____	25	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML _	100
aripiprazole SOLN OR _____	38	ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____	26	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML ____	100
aripiprazole TABS _____	38	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG _____	38	AVALIDE (Use irbesartan- hydrochlorothiazide) _____	26
aripiprazole TBDP _____	38	atazanavir sulfate CAPS 300 MG .	38	AVAPRO (Use irbesartan) _____	25
ARISTADA _____	38	ATELVIA TBEC (Use risedronate sodium) _____	59	AVEED SOLN _____	8
ARISTADA INITIO _____	38	atenolol & chlorthalidone _____	26	AVONEX PEN AJKT _____	93
ARIXTRA (Use fondaparinux sodium) _____	12	atenolol TABS _____	41	AVONEX PSKT _____	93
ARMOUR THYROID TABS ____	95	ATGAM _____	79	AVSOLA _____	63
ARNUITY ELLIPTA _____	11	ATIVAN TABS (Use lorazepam) ____	9	AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate) _____	92
AROMASIN (Use exemestane) __	32	atomoxetine hcl _____	1	AYVAKIT _____	32
arsenic trioxide _____	34	atorvastatin calcium TABS _____	24	azacitidine SUSR _____	30
ARZERRA _____	31	atropine sulfate (ophthalmic) OINT	86	azathioprine TABS 50 MG _____	79
ASACOL HD TBEC (Use mesalamine) _____	63	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN .	86	azathioprine TABS 75 MG, 100 MG .	79
ascorbic acid TABS _____	101			AZEDRA DOSIMETRIC _____	34
ASMANEX HFA AERO _____	11				

AZEDRA THERAPEUTIC _____	34	baclofen TABS 10 MG, 20 MG ____	83	benazepril hcl 40 MG _____	25
azelastine hcl (ophth) _____	89	BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) __	28	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG ...	25
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	84	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) __	28	bendamustine hcl SOLR _____	29
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	84	BAFIERTAM _____	93	BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN _____	29
azithromycin PACK _____	69	balsalazide disodium CAPS _____	63	BENDEKA SOLN _____	29
azithromycin SUSR 100 MG/5ML .	69	BALVERSA _____	33	BENEFIX KIT _____	64
azithromycin SUSR 200 MG/5ML .	69	BANZEL SUSP (Use rufinamide) .	13	BENICAR (Use olmesartan medoxomil) _____	25
azithromycin TABS 250 MG _____	69	BANZEL TABS (Use rufinamide) _	13	BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) __	26
azithromycin TABS 500 MG _____	69	BAVENCIO _____	31	BENLYSTA SOAJ _____	80
azithromycin TABS 600 MG _____	69	BCG VACCINE _____	97	BENLYSTA SOLR _____	80
AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	64	b-complex vitamins CAPS _____	81	BENLYSTA SOSY _____	80
AZOPT (Use brinzolamide) _____	89	b-complex vitamins TABS _____	81	BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____	49
AZOR (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____	26	b-complex w/ c & folic acid CAPS .	81	BENZNIDAZOLE _____	9
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____	63	b-complex w/ c & folic acid TABS .	81	BD GLUCOSE CHEW _____	18
AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____	63	BD PEN NEEDLES _____	71	BD PEN NEEDLES _____	71
b complex w/ c CAPS _____	81	BELBUCA FILM _____	8	benzonatate 100 MG _____	46
BABY DDROPS LIQD OR (Use cholecalciferol) _____	100	BELEODAQ _____	33	benzonatate 200 MG _____	46
BACIGUENT _____	87	BELRAPZO SOLN _____	29	benzoyl peroxide BAR _____	49
bacitracin (ophthalmic) _____	87	BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____	23	benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	49
bacitracin (topical) OINT _____	50	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl) .	23	benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %	49
bacitracin zinc OINT _____	50	BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS _____	23	benztropine mesylate TABS _____	35
bacitracin-polymyxin b (ophth) ____	87	BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____	23	BEOVU SOLN _____	87
baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	83	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl) .	23	BERINERT KIT _____	65
		benazepril & hydrochlorothiazide _	26	BESPONSA _____	31
				BESREMI _____	34
				betaine _____	60
				betamethasone dipropionate (topical) CREA _____	52

betamethasone dipropionate augmented CREA _____	52	bisacodyl TBEC _____	68	MASK/INFANT MISC _____	72
betamethasone valerate CREA ____	52	bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	21	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	72
betamethasone valerate LOTN ____	52	bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML _____	21	BREYANZI _____	31
betamethasone valerate OINT ____	52	bisoprolol & hydrochlorothiazide ____	26	BRIDION SOLN _____	22
BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/af)) _____	41	bisoprolol fumarate _____	41	BRILINTA _____	65
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) _____	42	BIVIGAM SOLN 10 % _____	90	brimonidine tartrate 0.2 % _____	87
betaxolol hcl (ophth) SOLN ____	86	BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML ____	90	BRINEURA _____	60
bethanechol chloride _____	97	BLENREP _____	31	brinzolamide _____	89
BETHKIS NEBU (Use tobramycin) .2		BLEPH-10 SOLN (Use sulfacetamide sodium (ophth)) _____	87	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML _	13
BEVACIZUMAB IO 2.75 MG/0.11ML .	87	BLEPHAMIDE S.O.P. OINT _____	88	bromocriptine mesylate CAPS ____	36
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3 MG/0.12ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML _____	87	BLINCYTO _____	31	bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG _____	36
bexarotene (topical) _____	51	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS333 STRP _____	56	brompheniramine & phenyleph ELIX .	47
bexarotene _____	34	BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	56	brompheniramine & pseudoeph ELIX	47
BEXSERO _____	97	BOOSTRIX SUSP _____	95	brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML _____	47
bicalutamide _____	32	BOOSTRIX SUSY _____	95	BRONCHITOL _____	94
BIKTARVY _____	38	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG _____	33	BRONCHITOL TOLERANCE TEST .	94
BI-MIX SOLR _____	43	bortezomib SOLR IJ _____	33	BRUKINSA _____	33
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT _____	56	bosentan TABS _____	43	BUBBLES THE FISH II PEDIATRIC MASK/PVC MISC _____	72
BIOLYTE SOLN _____	77	BOSULIF TABS _____	33	budesonide (inhalation) SUSP ____	11
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSEMONITORING SYSTEM KIT _____	70	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR _____	83	budesonide-formoterol fumarate dihydrate _____	11
BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SPRAY SOLN ____	80	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/IRON SOLN _____	83	BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6
BIOTHRAX _____	97	BRAFTOVI 75 MG _____	33	bumetanide TABS _____	59
bisacodyl SUPP _____	68	BREATHE EASE NEBULIZER MASK/CHILD MISC _____	72	BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide) _____	59
		BREATHE EASE NEBULIZER			

BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate) _____	60	butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG _____	7	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 400 UNIT-800 UNIT-600 MG-600 MG, 800 UNIT-600 MG _____	77
BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate) _____	60	butalbital-aspirin-caffeine CAPS _____	5		
BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl) _____	8	butalbital-aspirin-caffeine w/cod _____	7	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-200 UNIT-500 MG-500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG _____	77
buprenorphine hcl FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 750 MCG, 900 MCG _____	8	BYDUREON BCISE AUIJ _____	19		
buprenorphine hcl SOLN _____	8	BYETTA SOPN 10 MCG/0.04ML . .	19		
buprenorphine hcl SUBL _____	8	BYETTA SOPN 5 MCG/0.02ML _____	19	calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT _____	77
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		
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG _____	8	BYLVAY CAPS _____	63	calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT _____	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL _____	8	CABLIVI _____	65	calcium polycarbophil TABS _____	68
bupropion hcl (smoking deterrent) _____	94	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG .	33	CALQUENCE _____	33
bupropion hcl TABS _____	15	CABOMETYX TABS 40 MG _____	33	CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) .	77
bupropion hcl TB12 100 MG _____	15	CAFECIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use caffeine citrate) _____	1	CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) _____	77
bupropion hcl TB12 150 MG _____	15	CAFERGOT TABS (Use ergotamine w/ caffeine) _____	76	CAMCEVI _____	32
bupropion hcl TB12 200 MG _____	15	caffeine citrate SOLN OR _____	1	camphor & menthol LOTN _____	51
bupropion hcl TB12 300 MG _____	15	CAFFEINE CITRATED POWD _____	1	CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl)	35
bupropion hcl TB24 150 MG _____	15	CALAN SR TBCR (Use verapamil hcl) _____	42	CAMZYOS _____	43
bupropion hcl TB24 300 MG _____	15	calcipotriene CREA _____	51	candesartan cilexetil _____	25
buspironone hcl 15 MG _____	9	calcipotriene SOLN _____	51	candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide _____	26
buspironone hcl 5 MG, 10 MG _____	9	calcitonin (salmon) IJ _____	59	capecitabine _____	30
buspironone hcl 7.5 MG, 30 MG _____	9	calcitonin (salmon) NA _____	59	CAPHOSOL SOLN _____	80
butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG _____	5	calcitriol CAPS _____	60	CAPRELSA _____	33
butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG _____	5	CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABS _____	77	capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %	54
butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG _____	5	calcium acetate (phosphate binder) CAPS _____	63	capsaicin CREA 0.1 % _____	54
		calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG _____	9		

captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG _____	26	CARDURA (Use doxazosin mesylate) _____	26	CASODEX (Use bicalutamide) ____	32
captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG _____	26	CARESENS N BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _	56	CASTIVA WARMING LOTN _____	54
captopril _____	25	CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	56	CAYSTON _____	28
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____	54	CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____	72	cefaclor CAPS _____	44
CAPZASIN-P CREA _____	54	CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	57	cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	44
CARAC CREA (Use fluorouracil (topical)) _____	51	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE/6FT MISC _____	72	cefadroxil CAPS _____	44
CARAFATE SUSP (Use sucralfate) .	96	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____	73	cefadroxil SUSR _____	44
CARAFATE TABS (Use sucralfate) .	96	CARETOUCH CPAP NEUTRALIZING PRE-WASH MISC .	73	cefdinir CAPS _____	44
CARBAGLU (Use carglumic acid) 60		CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC _____	73	cefdinir SUSR _____	44
carbamazepine CHEW _____	13	CARETOUCH UNIVERSAL CPAPFILTERS MISC _____	73	cefprozil SUSR _____	44
carbamazepine SUSP _____	13	carglumic acid _____	60	cefprozil TABS _____	44
carbamazepine TABS _____	13	CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) .	60	ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____	44
carbamazepine TB12 _____	13	CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____	60	cefuroxime axetil TABS _____	44
carbamide peroxide (otic) 6.5 % __	89	CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____	61	CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16
carbidopa _____	35	carteolol hcl (ophth) _____	86	CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16
carbidopa-levodopa TABS _____	36	carvedilol 25 MG _____	41	CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16
carbidopa-levodopa TBCR _____	36	carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____	41	CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil) _____	79
carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML _____	29	carvedilol phosphate _____	41	CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil) _____	79
CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____	42	CARVYKTI _____	31	CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil) _____	79
CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____	42			CENTANY OINT _____	50
CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _____	42			cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG .	44
				cephalexin SUSR _____	44

CEPROTIN _____	65	chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50	dexamethasone) _____	89
CERALYTE 70 SOLN _____	77	MG, 100 MG, 200 MG _____	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ____	87
CERASPORT EX1 SOLN _____	77	chlorthalidone 25 MG, 50 MG _____	ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____	62
CERASPORT SOLN _____	77	chlorzoxazone TABS 500 MG ____	ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500	
CERDELGA _____	65	CHOLBAM _____	MG, 750 MG _____	62
CEREZYME 400 UNIT _____	66	cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1.25	ciprofloxacin-dexamethasone ____	89
cetirizine hcl CHEW _____	23	MG, 50000 UNIT _____	cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100	
cetirizine hcl SOLN OR _____	23	cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000	MG/100ML, 200 MG/200ML _____	29
cetirizine hcl SYRP OR _____	23	UNIT _____	CISPLATIN SOLR _____	29
cetirizine hcl TABS _____	23	cholecalciferol CAPS 25 MCG, 50	citalopram hydrobromide SOLN ____	16
cetirizine-pseudoephedrine _____	47	MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT ____	MG _____	16
cetorelix acetate _____	60	cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML,	citalopram hydrobromide TABS 10	
CETROTIDE 0.25 MG _____	60	400 UNIT/ML _____	MG _____	16
CHEMET _____	21	cholecalciferol LIQD OR 400	citalopram hydrobromide TABS 20	
CHEMSTRIP-K STRP _____	57	UT/0.028ML _____	MG _____	16
CHENODAL _____	62	cholestyramine light PACK _____	citalopram hydrobromide TABS 40	
CHILDRENS ADVIL SUSP 100		cholestyramine light POWD _____	MG _____	16
MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	cholestyramine PACK _____	cladribine 10 MG/10ML _____	30
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100		cholestyramine POWD _____	clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	69
MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	CHORIONIC GONADOTROPIN IM	clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	69
chlordiazepoxide hcl CAPS _____	10	60	clarithromycin TABS _____	69
chlorhexidine gluconate (mouth-		CIBINQO _____	clarithromycin TB24 _____	69
throat) _____	80	cilostazol _____	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS	
chlorhexidine gluconate SOLN EX 4		CILOXAN OINT _____	SOLN (Use loratadine) _____	23
% _____	38	CIMDUO _____	CLARITIN REDITABS JUNIORS	
chloroquine phosphate TABS 250		cimetidine hcl OR 300 MG/5ML ____	TBDP (Use loratadine) _____	23
MG _____	29	cimetidine TABS _____	CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG	
chloroquine phosphate TABS 500		cinacalcet hcl _____	(Use loratadine) _____	23
MG _____	29	CINQAIR _____	CLARITIN SOLN (Use loratadine). 23	
chlorpheniramine maleate SYRP _	23	CINRYZE SOLR IV _____	CLARITIN TABS (Use loratadine) .23	
chlorpheniramine maleate TABS _	23	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use	
chlorpromazine hcl TABS 10 MG .	37	ciprofloxacin hcl) _____	loratadine & pseudoephedrine) ____	47
		CIPRODEX (Use ciprofloxacin-	CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use	

CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	57	clobetasol propionate OINT 0.05 %	52	colchicine TABS _____	64
clemastine fumarate TABS 1.34 MG .	23	clobetasol propionate SOLN 0.05 % .	52	colchicine w/ probenecid _____	64
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	28	clomipramine hcl 75 MG _____	17	COLCRYSTABS (Use colchicine) .	64
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	99	clonazepam TABS _____	12	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____	47
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____	28	clonidine hcl (adhd) TB12 _____	1	COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl) _____	24
CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	49	clonidine hcl TABS _____	26	COLESTID GRAN (Use colestipol hcl) _____	24
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____	73	clopidogrel bisulfate 75 MG _____	65	COLESTID TABS (Use colestipol hcl) _____	24
CLIMARA PTWK (Use estradiol) _	62	clorazepate dipotassium TABS _	10	.....	24
CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	49	clotrimazole (topical) CREA _____	50	colestipol hcl GRAN	24
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG .	28	clotrimazole (topical) SOLN _____	50	colestipol hcl TABS	24
clindamycin palmitate hydrochloride .	28	clotrimazole vaginal CREA 1 % _	99	COMBIPATCH PTTW _____	62
clindamycin phosphate (topical) GEL	49	clotrimazole vaginal CREA 2 % _	99	COMBIVENT RESPIMAT AERS _	11
clindamycin phosphate (topical) LOTN _____	49	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____	50	COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine) _____	38
clindamycin phosphate (topical) SOLN _____	49	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____	50	COMETRIQ KIT _____	33
clindamycin phosphate vaginal CREA	99	clozapine TABS _____	37	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	71
CLINITEST RAPID COVID-19ANTIGEN SELF-TEST KIT _____	57	CLOZARIL TABS (Use clozapine) .	37	COMIRNATY 2023-24 SUSP _____	98
clobetasol propionate CREA 0.05 % .	52	CO MONITOR REPLACEMENT TPIECES MISC _____	73	COMIRNATY 2023-24 SUSY _____	98
clobetasol propionate emollient base 0.05 %	52	COAGADDEX _____	64	COMIRNATY SUSP _____	98
clobetasol propionate GEL 0.05 % 52		coal tar extract SHAM 0.5 % _____	55	COMPLERA _____	38
		COARTEM _____	29	CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _	1
		codeine sulfate TABS 30 MG _____	6	CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1
		CODEINE SULFATE TABS _____	6	CONDOMS-MISC _____	69
		COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____	69	CONTOUR NEXT EZ BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70
		COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____	69	CONTOUR NEXT GEN BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM	
		COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____	63		

KIT _____	70	cromolyn sodium (ophth) _____	89	cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN _____	79
COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____	93	cromolyn sodium NEBU _____	10	cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML_	79
COPIKTRA _____	33	crotamiton LOTN _____	55	CYLTEZO AJKT _____	3
COREG 25 MG (Use carvedilol)___	41	CRYSVITA _____	61	CYLTEZO PSKT 40 MG/0.4ML ___	4
COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____	41	CUTAQUIG _____	90	CYLTEZO PSKT _____	3
COREG CR (Use carvedilol phosphate) _____	41	CUVITRU SOLN _____	90	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT _____	3
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML ___	55	CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT _____	57	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS AJKT _____	3
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol) _____	42	CVS DRY MOUTH SPRAY SOLN	80	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS AJKT _	3
CORIFACT _____	64	CVS GLUCOSE _____	18	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS AJKT _	3
CORTEF TABS (Use hydrocortisone)	45	CVS GLUCOSE CHEW _____	18	CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl) _____	17
CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	CVS SOFT GLUCOSE CHEW ___	18	cyproheptadine hcl SYRP _____	24
CORTISONE ACETATE TABS ___	45	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	66	cyproheptadine hcl TABS _____	24
CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____	56	cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG _____	83	CYRAMZA _____	30
COSOPT (Use dorzolamide hcl- timolol maleate) _____	86	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG	83	CYSTADANE (Use betaine) ____	61
cosyntropin SOLR _____	56	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)	87	CYSTADROPS _____	89
COTELLIC _____	33	CYCLOGYL 0.5 % _____	87	CYSTAGON CAPS _____	63
COVID-19 AG TEST KIT _____	57	CYCLOGYL 2 % _____	87	CYSTARAN _____	89
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT . 57		cyclopentolate hcl 0.5 % _____	87	cytarabine SOLN _____	30
COZAAR (Use losartan potassium) 25		cyclopentolate hcl 1 %, 2 % _____	87	CYTOGAM _____	90
CREON CPEP _____	58	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN _____	29	CYTOMEL TABS (Use liothyronine sodium) _____	95
CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium) _____	24	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML _____	29	CYTOTEC (Use misoprostol) _____	97
cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____	84	cyclophosphamide SOLN _____	29	dabigatran etexilate mesylate CAPS .. 12	
		cyclophosphamide SOLR IJ _____	30	DACOGEN (Use decitabine) ____	30
		cyclosporine CAPS _____	79	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS ... 81	
		cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS _____	79	dalfampridine _____	93

DALIRESP (Use roflumilast) _____	11	deferiprone TABS _____	21	CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	45
dapagliflozin propanediol _____	21	deferoxamine mesylate _____	22	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____	45
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG _____	18	DEFITELIO _____	65	DERMAREST PSORIASIS GEL__	54
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG _____	18	deflazacort SUSP _____	45	DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide) _____	52
dapsone _____	28	DEFLUX _____	64	DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic)) _____	89
DAPTACEL _____	95	DELSTRIGO _____	38	DESCOVY 120 MG-15 MG _____	38
DARAPRIM (Use pyrimethamine) _____	29	DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____	46	DESCOVY 200 MG-25 MG _____	38
darunavir TABS 600 MG _____	38	DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____	46	DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) _____	22
darunavir TABS 800 MG _____	38	DELZICOL CPDR (Use mesalamine) _____	63	desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG _____	17
DARZALEX _____	31	DEMSEER (Use metyrosine) _____	25	desipramine hcl TABS 25 MG _____	17
DARZALEX FASPRO _____	33	DENG VAXIA _____	98	desmopressin acetate SOLN IJ _____	61
daunorubicin hcl SOLN _____	32	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium) _____	15	DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA _____	61
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN (Use daunorubicin hcl) _____	32	DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium) _____	15	desmopressin acetate spray _____	61
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 50 MG/10ML _____	32	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium) _____	15	desmopressin acetate spray refrigerated _____	61
DAURISMO _____	31	DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium) _____	15	desmopressin acetate TABS _____	61
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS _____	23	DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium) _____	15	desogestrel & ethinyl estradiol _____	44
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate) _____	61	DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium) _____	15	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	44
DDAVP TABS (Use desmopressin acetate) _____	61	DEPEN TITRATABS TABS (Use penicillamine) _____	78	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____	44
DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____	89	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	45	desonide CREA _____	52
decitabine _____	30	DEPO-PROVERA		desonide OINT _____	52
deferasirox PACK _____	21			DESOWEN CREA (Use desonide) _____	52
deferasirox TABS _____	21			desoximetasone CREA 0.05 % _____	52
deferasirox TBSO _____	21			desoximetasone CREA 0.25 % _____	52

desoximetasone GEL _____	52	96	DEXYCU SUSP IO _____	88	
desoximetasone OINT 0.25 % ____	52	dexlansoprazole _____	96	DHIVY TABS _____	36
desvenlafaxine succinate 100 MG .17		dexmethylphenidate hcl TABS ____	1	DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	55
desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____	17	dexrazoxane hcl _____	35	DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	55
DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____	97	DEXTENZA INST _____	88	DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	47
DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____	97	dextroamphetamine sulfate CP24 _	1	DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13
DEX4 _____	18	dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____	1	DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE .	18	dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML _____	46	DIACOMIT PACK 250 MG _____	13
DEX4 NATURALS _____	18	dextromethorphan polistirex LQCR	46	DIACOMIT PACK 500 MG _____	13
DEX4 POUCH PACK _____	18	dextromethorphan polistirex SUER	46	DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	12
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	18	dextromethorphan-doxyamine-acetaminophen LIQD _____	47	DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	12
dexamethasone ELIX _____	46	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	47	DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	12
dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____	88	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML-30 MG/5ML-30 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML _____	47	diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG _____	12
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE +RFID SOSY IJ 4 MG/ML _____	46	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____	47	diazepam (anticonvulsant) GEL ____	12
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____	46	dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 100 MG/5ML-100 MG/5ML-10 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	47	diazepam SOLN OR 5 MG/5ML ____	10
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____	46	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____	47	diazepam TABS _____	10
dexamethasone SOLN _____	46	dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS _____	47	dibucaine _____	54
dexamethasone TABS _____	46			dichlorphenamide _____	58
DEXCOM G6 RECEIVER _____	70			diclofenac potassium TABS 50 MG	4
DEXCOM G7 RECEIVER _____	70			diclofenac sodium (ophth) _____	89
DEXCOM G7 SENSOR _____	70			diclofenac sodium (topical) GEL EX	51
DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) __	1			diclofenac sodium TBEC _____	4
DEXILANT (Use dexlansoprazole)				dicloxacillin sodium _____	91
				dicyclomine hcl CAPS _____	95
				dicyclomine hcl SOLN OR _____	95

dicyclomine hcl TABS _____	95	diltiazem hcl CP24 240 MG _____	42	RANGE MISC _____	73
DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide) _____	49	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC _	73
DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) . 22		diltiazem hcl extended release beads 240 MG _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC _____	73
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	22	diltiazem hcl TABS _____	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC _____	73
DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____	22	dimenhydrinate TABS _____	22	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC _____	73
DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole) _____	22	dimethyl fumarate CDPK _____	93	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC _____	73
diflunisal TABS _____	6	dimethyl fumarate CPDR _____	93	disulfiram 250 MG _____	92
digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML _	43	DIOVAN HCT (Use valsartan-hydrochlorothiazide) _____	26	DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use oxybutynin chloride) _____	97
digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG _____	43	DIOVAN TABS (Use valsartan) _	25	divalproex sodium CSDR _____	15
dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML _____	76	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG _____	67	divalproex sodium TB24 250 MG _	15
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG _____	67	divalproex sodium TB24 500 MG .	15
DILANTIN _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____	67	divalproex sodium TBEC 125 MG ..	15
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____	67	divalproex sodium TBEC 250 MG .	15
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl CAPS _____	23	divalproex sodium TBEC 500 MG .	15
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML _____	23	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel) _____	35
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML _____	23	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____	35
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG _____	42	.....	23	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____	35
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG _____	42	diphenhydramine hcl TABS 25 MG	23	DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)	35
diltiazem hcl CP12 _____	42	diphenoxylate w/ atropine LIQD _	21	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML _____	35
diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG .	42	diphenoxylate w/ atropine TABS _	21	docetaxel SOLN _____	35
		DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP _	95	DOCIVYX SOLN _____	35
		dipyridamole _____	65	DOCK-SORREL POLLEN MIX EXTRACT IJ _____	2
		disopyramide phosphate CAPS _	10		
		DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL			

docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG _____	69	DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol) . 100	BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT .70
docusate sodium CAPS 50 MG ____	69	drospirenone-ethinyl estradiol_____	44 EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP_
docusate sodium LIQD _____	69	DROXIA CAPS _____	66 EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____
docusate sodium SYRP _____	69	droxidopa _____	100 70
DOCUSATE SODIUM SYRP ____	69	DRYSOL SOLN _____	54 EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP_
docusate sodium TABS _____	69	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use bisacodyl)_____	68 57
dofetilide _____	10	DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) .	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____
DOJOLVI _____	86	68	57
donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG_____	93	DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) .	EBASE CONTROLLER KIT MISC .73
dorzolamide hcl_____	89	68	econazole nitrate CREA _____
DORZOLAMIDE HCL _____	89	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG _____	50
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE _____	86	17	ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin) _____
dorzolamide hcl-timolol maleate __	86	DUROLANE PRSY _____	6 84
DOVATO _____	38	DUTOPROL TB24 12.5 MG-50 MG .	ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin)_____
DOVONEX CREA (Use calcipotriene) _____	51	26	6 91
doxazosin mesylate _____	26	D-VI-SOL LIQD OR (Use cholecalciferol) _____	100 ED BRON GP LIQD _____
doxepin hcl CAPS _____	17	100	38
doxepin hcl CONC _____	17	E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	38
doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG _____	95	69	38
doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG _____	95	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM _____	71 38
doxycycline hyclate CAPS _____	95	71	38
doxycycline hyclate TABS 100 MG .	95	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM _____	71 38
doxylamine succinate (sleep) ____	67	71	38
DRAMAMINE CHEW _____	22	EASY FLOW 300 MM HOSE MISC .	73
DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate) _____	22	73	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)_____
		EASY FLOW 400 MM HOSE MISC .	17
		73	EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)_____
		EASY FLOW AIR NOZZLE MISC .73	17
		73	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)_____
		EASY FLOW HEPA FILTER MISC .	17
		73	EFFICIENT (Use prasugrel hcl)____
		EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	65
		57	EFUDEX CREA (Use fluorouracil
		EASY MAX T1 SELF-MONITORING	

(topical)) _____	51	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG _____	38	EPIVIR TABS 150 MG (Use lamivudine) _____	38
ELAPRASE _____	61	EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine) .	38	EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine) _____	38
eletriptan hydrobromide _____	76	EMTRIVA SOLN _____	38	EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	66
ELIDEL (Use pimecrolimus) _____	54	EMVERM CHEW _____	9	epoprostenol sodium _____	43
ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____	32	enalapril maleate & hydrochlorothiazide _____	26	EPZICOM (Use abacavir sulfate-lamivudine) _____	38
ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____	32	enalapril maleate TABS _____	25	EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN _____	80
ELIQUIS STARTER PACK TBPK .	12	ENDARI _____	66	EQUALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	77
ELIQUIS TABS _____	12	ENFAMIL ENFALYTE SOLN _____	77	ERBITUX _____	31
ELLA _____	45	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML _____	98	ergocalciferol CAPS _____	100
ELLEENCE SOLN _____	32	ENGERIX-B SUSY _____	98	ergocalciferol SOLN OR _____	100
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT _____	57	ENHERTU _____	31	ergotamine w/ caffeine TABS _____	76
ELOCTATE _____	64	ENJAYMO _____	65	eribulin mesylate _____	35
EMBRACE PEN NEEDLES/30G X 5MM _____	71	enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML _____	12	ERIVEDGE _____	31
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 5MM _____	71	enoxaparin sodium SOSY _____	12	ERLEADA 60 MG _____	32
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM _____	71	ENSPRYNG _____	79	erlotinib hcl _____	31
EMBRACE PEN NEEDLES/32G X 4MM _____	71	ENTYVIO SOLR _____	63	ertapenem sodium IJ _____	28
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _	57	EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE _____	55	ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid)) _____	49
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	EPIDIOLEX _____	13	ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	69
EMCYT _____	32	EPIFOAM FOAM _____	52	ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) _____	69
EMFLAZA SUSP _____	46	epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____	100	erythromycin (acne aid) GEL _____	49
EMFLAZA TABS (Use deflazacort) 46		epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .	100	erythromycin (acne aid) SOLN _____	49
EMOLLIENT LOTION-MISC _____	53	epinephrine hcl (nasal) _____	85	erythromycin (ophth) _____	87
EMPLICITI _____	31	EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) _____	100	ERYTHROMYCIN _____	87
emtricitabine CAPS _____	38	EPIPEN-JR 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) _____	100		
		EPIVIR SOLN (Use lamivudine) _____	38		

erythromycin base CPEP _____	69	ethosuximide SOLN _____	14	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC .	
erythromycin base TABS _____	69	ethynodiol diacet & eth estrad ____	44	73	
erythromycin base TBEC _____	69	etodolac CAPS _____	4	EXSERVAN FILM _____	85
erythromycin ethylsuccinate SUSR .		etodolac TABS _____	4	EXTAVIA KIT _____	93
69		etonogestrel-ethinyl estradiol ____	45	EYLEA HD SOLN _____	87
erythromycin ethylsuccinate TABS	69	etoposide CAPS _____	35	EYLEA SOLN _____	87
erythromycin stearate TABS 250 MG .		etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100		EYLEA SOSY _____	87
69		MG/5ML, 500 MG/25ML _____	35	ezetimibe _____	25
ESBRIET CAPS (Use pirfenidone) 94		etravirine 100 MG _____	38	ezetimibe-simvastatin _____	24
ESBRIET TABS (Use pirfenidone) .94		etravirine 200 MG _____	38	famciclovir _____	40
escitalopram oxalate TABS 10 MG .		EUFLEXXA SOSY _____	84	famotidine SUSR _____	96
16		EULEXIN _____	32	famotidine TABS 10 MG _____	96
escitalopram oxalate TABS 20 MG .		EVAC POWD (Use psyllium) ____	68	famotidine TABS 20 MG, 40 MG _	96
16		EVENITY _____	59	FARESTON (Use toremifene citrate)	
escitalopram oxalate TABS 5 MG .16		everolimus TABS _____	33	.....	32
ESGIC TABS (Use butalbital-		everolimus TBSO _____	33	FARXIGA _____	21
acetaminophen-caffeine) _____	5	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER		FASTEP COVID-19 ANTIGEN	
esomeprazole magnesium CPDR 20		.....	70	HOME TEST KIT _____	57
MG _____	96	EVISTA (Use raloxifene hcl) ____	60	FEIBA _____	64
ESPEROCT _____	64	EVKEEZA _____	24	felbamate SUSP _____	14
ESTRACE CREA (Use estradiol		EVOMELA IV _____	30	felbamate TABS _____	14
vaginal) _____	100	EVRYSDI _____	85	FELBATOL SUSP (Use felbamate) .	
ESTRACE TABS (Use estradiol) _	62	EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5		14	
estradiol & norethindrone acetate		MG/24HR (Use rivastigmine) ____	93	FELBATOL TABS (Use felbamate) .	
TABS _____	62	exemestane _____	32	14	
estradiol PTTW _____	62	EXFORGE (Use amlodipine		FELDENE CAPS (Use piroxicam) _	4
estradiol PTWK _____	62	besylate-valsartan) _____	26	felodipine _____	42
estradiol TABS _____	62	EXFORGE HCT (Use amlodipine-		FEMARA (Use letrozole) _____	32
estradiol vaginal CREA _____	100	valsartan-hydrochlorothiazide) ____	26	fenofibrate micronized 134 MG, 200	
estradiol vaginal TABS _____	100	EXJADE TBSO (Use deferasirox) ..	21	MG _____	24
ESTROFACTORS TABS _____	81	EXKIVITY _____	31	fenofibrate micronized 67 MG ____	24
ethambutol hcl TABS _____	29	EXONDYS 51 _____	85	fenofibrate TABS 160 MG _____	24
ethosuximide CAPS _____	14				

fenofibrate TABS 54 MG _____	24	finasteride _____	64	CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	84
FENOFIBRATE TABS _____	24	fingolimod hcl _____	93	FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	84
fenoprofen calcium CAPS 400 MG .	4	FINTEPLA _____	13	FLORIVA PLUS SOLN _____	82
FENSOLVI SC _____	60	FIRAZYR SOSY (Use icatibant acetate) _____	65	FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	11
fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____	6	FIRMAGON 80 MG _____	32	FLOVENT HFA _____	11
FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____	66	FIRVANQ SOLR OR (Use vancomycin hcl) _____	28	FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	57
FERRETTS TABS _____	66	FLAVOR BLEND SUSP _____	91	fluconazole SUSR _____	22
FERRIPROX SOLN _____	21	FLAVOR PLUS LIQD _____	91	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG .	22
FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____	21	FLAVOR SWEET SYRP _____	91	fluconazole TABS 150 MG _____	22
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 21		FLAVOR SWEET-SF SYRP _____	91	fluconazole TABS 50 MG _____	22
ferrous fumarate TABS 324 MG __	66	flavoxate hcl _____	97	fludarabine phosphate SOLN ____	30
ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS _____	66	FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML _____	90	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	30
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG _____	66	FLEBOGAMMA DIF SOLN _____	90	fludarabine phosphate SOLR	30
ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML _	66	flecainide acetate _____	10	fludrocortisone acetate TABS	46
ferrous sulfate SOLN 44 MG/5ML, 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____	66	FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____	68	flunisolide (nasal) 0.025 %	84
ferrous sulfate TABS 65 MG, 325 MG	66	FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____	68	fluocinolone acetonide (otic)	89
FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____	66	FLEET SALINE ENEMA EXTRAVOLUME ENEM (Use sodium phosphates) _____	68	fluocinolone acetonide OIL	52
ferrous sulfate TBEC _____	66	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____	73	fluocinonide CREA 0.05 %	53
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____	5	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____	73	fluocinonide emulsified base	53
fexofenadine hcl TABS 180 MG __	23	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____	73	fluocinonide GEL	53
fexofenadine hcl TABS 60 MG ____	23	FLOLAN (Use epoprostenol sodium)	43	fluocinonide OINT	53
FIBRYGA _____	64	FLOMAX (Use tamsulosin hcl) __	64	fluocinonide SOLN	53
FILTER AIR PP MISC _____	73	FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	84	fluorometholone (ophth) SUSP	88
				fluorouracil (topical) CREA 0.5 % ..	51
				fluorouracil (topical) CREA 5 %	51

fluorouracil (topical) SOLN _____	51	FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth)) _____	88	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML _____	12
fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG 16		FML OINT _____	88	FRAGMIN SOSY _____	12
fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____	16	FOCALIN TABS (Use dexmethylphenidate hcl) _____	1	FREESTYLE LIBRE 14 DAY/READER/FLASH MONITORING SYSTEM _____	70
fluoxetine hcl SOLN _____	16	FOLCYTEINE TABS _____	81	FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM _____	70
fluoxetine hcl TABS 10 MG _____	16	folic acid TABS 1 MG _____	66	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
fluoxetine hcl TABS 20 MG _____	16	folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG . 66		FREESTYLE LIBRE 2/READER/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
fluphenazine decanoate _____	37	FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML _____	60	FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
fluphenazine hcl TABS _____	37	FOLOTYN _____	30	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
flurazepam hcl _____	67	fondaparinux sodium _____	12	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
flurbiprofen sodium _____	89	FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
flurbiprofen TABS _____	4	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS _____	57	FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
flutamide _____	32	FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT .	57	FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	70
fluticasone propionate (inhalation) AEPB _____	11	FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	FREESTYLE LIBRE/READER/FLASH MONITORING SYSTEM _____	70
fluticasone propionate (nasal) SUSP . 84		formaldehyde SOLN 10 % _____	38	FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70
fluticasone propionate CREA 0.05 % . 53		FORTEO SOPN (Use teriparatide (recombinant)) _____	59	FULL KIT NEBULIZER SET MISC .	73
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____	11	FORTISCARE G1 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP __	57	furosemide SOLN OR 10 MG/ML, 40 MG/5ML _____	59
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____	11	FOSAMAX TABS 70 MG (Use alendronate sodium) _____	59	furosemide TABS _____	59
fluticasone propionate OINT _____	53	fosamprenavir calcium TABS _____	38	FUZEON SOLR _____	39
fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT _____	11	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide _____	26	FYARRO _____	33
fluvoxamine maleate TABS 100 MG . 16		fosinopril sodium _____	25	gabapentin CAPS _____	13
fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG _____	16	FOTIVDA _____	33		
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC _____	73				

gabapentin SOLN _____	13	gefitinib _____	31	glipizide TB24 _____	21
gabapentin TABS 600 MG _____	13	GEL-ONE _____	84	glipizide-metformin hcl _____	18
gabapentin TABS 800 MG _____	13	GELSYN-3 SOSY _____	84	glucagon (rdna) _____	18
GABITRIL (Use tiagabine hcl) ____	14	gemfibrozil TABS _____	24	GLUCAGON EMERGENCY KIT (Use glucagon (rdna)) _____	18
GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) 83		GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT _____	57	GLUCO TO GO CHEW _____	18
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____	83	GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT _____	57	GLUCOSE _____	18
GALAFOLD _____	61	GENERESS FE (Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe) _____	44	GLUCOSE CHEW _____	18
galantamine hydrobromide CP24 .	93	GENICIN VITA-Q TABS _____	81	GLUCOSE INSTANT ENERGY ____	18
galantamine hydrobromide SOLN .	93	gentamicin sulfate (ophth) OINT ____	87	GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide) _____	21
galantamine hydrobromide TABS .	93	gentamicin sulfate (ophth) SOLN _	87	glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG _____	21
GAMASTAN _____	90	gentamicin sulfate (topical) CREA .	50	glyburide TABS _____	21
GAMIFANT _____	79	gentamicin sulfate (topical) OINT .	50	glyburide-metformin _____	18
GAMMAGARD LIQUID _____	90	GENVISC 850 SOSY _____	84	glycerin (laxative) SUPP 2 GM ____	68
GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR _____	90	GENVOYA _____	39	GLYCERIN ADULT SUPP (Use glycerin (laxative)) _____	68
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	90	GEODON (Use ziprasidone hcl) _	36	glycine diluent _____	91
GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML .	90	GERI-TUSSIN SYRP _____	49	glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG .	95
GAMMAPLEX SOLN _____	90	GILENYA (Use fingolimod hcl) ____	93	GLYNASE (Use glyburide micronized) _____	21
GAMUNEX-C _____	90	GILENYA 0.5 MG _____	93	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	57
GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	60	GILOTRIF _____	31	GNP GLUCOSE 6 MG-4 GM ____	19
ganirelix acetate _____	60	GIMOTI SOLN NA _____	63	GNP GLUCOSE CHEW _____	19
GARDASIL 9 SUSP _____	98	ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG _____	2	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	19
GARDASIL 9 SUSY _____	98	GLASSIA SOLN _____	94	GOCOVRI CP24 _____	36
GATTEX _____	63	glatiramer acetate SOSY _____	93	GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS _____	57
GAUZE SPONGES _____	69	GLEEVEC (Use imatinib mesylate) 33		GOLYTELY SOLR (Use peg 3350- kcl-sod bicarb-sod chloride-sod	
GAVRETO _____	33	glimepiride 1 MG, 2 MG _____	21		
GAZYVA _____	31	glimepiride 4 MG _____	21		
		glipizide TABS _____	21		

sulfate) _____	68	35	HIZENTRA SOLN _____	90	
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	60	HALCION 0.25 MG (Use triazolam)	HIZENTRA SOSY _____	90	
GONAL-F RFF SOLR SC _____	60	67	homatropine hbr _____	87	
GONAL-F SOLR IJ _____	60	HALDOL DECANOATE 100 (Use	HULIO AJKT _____	4	
GOODSENSE GLUCOSE _____	19	haloperidol decanoate) _____	37	HULIO PSKT _____	4
GOTOKNOW COVID-19		HALDOL DECANOATE 50 (Use			
ANTIGENRAPID TEST KIT _____	57	haloperidol decanoate) _____	37	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100	
GRANIX SOLN _____	66	haloperidol decanoate _____	37	UNIT/ML _____	20
GRANIX SOSY _____	66	haloperidol lactate CONC _____	37	HUMALOG SOLN IJ _____	20
GRAPE SYRUP SYRP _____	91	haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2		HUMATE-P SOLR _____	64
griseofulvin microsize SUSP _____	22	MG, 5 MG, 10 MG _____	37	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	20
griseofulvin microsize TABS _____	22	haloperidol TABS 20 MG _____	37	HUMULIN 70/30 SUSP _____	20
griseofulvin ultramicrosize _____	22	HAVRIX _____	98	HUMULIN N KWIKPEN SUPN _____	20
guaifenesin LIQD 100 MG/5ML, 200		HEMLIBRA 30 MG/ML, 60		HUMULIN N SUSP _____	20
MG/10ML, 400 MG/20ML _____	49	MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150		HUMULIN R SOLN IJ _____	20
guaifenesin SYRP _____	49	MG/ML _____	64	HYALGAN SOLN _____	84
guaifenesin TB12 1200 MG _____	49	HEMOPIL M SOLR 1501 -2000 UNIT		HYALGAN SOSY _____	84
guaifenesin TB12 600 MG _____	49	.....	64	HYCANTIN CAPS _____	35
guaifenesin-codeine SOLN _____	47	HEMOPIL M SOLR 250 UNIT, 500		HYCANTIN SOLR (Use topotecan	
guaifenesin-codeine SYRP _____	47	UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT _____	64	hcl) _____	35
guanfacine hcl (adhd) _____	1	HEPAGAM B SOLN IJ _____	90	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone	
guanfacine hcl _____	26	heparin sodium (porcine) SOLN IJ		bitartrate-homatropine	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR .		1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML,		methylbromide) _____	46
70		5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML,		hydralazine hcl TABS _____	27
GUARDIAN REAL-TIME		20000 UNIT/ML _____	12	HYDRALYTE FREEZER POPS	
REPLACEMENT MONITOR		heparin sodium (porcine) SOLN IJ		SOLN _____	78
PEDIATRIC _____	70	1000 UNIT/ML _____	12	HYDRALYTE SOLN _____	78
GYNAZOLE-1 _____	99	HEPLISAV-B SOSY _____	98	HYDREA (Use hydroxyurea) _____	34
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ _____	4	HERCEPTIN 150 MG _____	31	hydrochlorothiazide CAPS _____	59
HADLIMA SOSY _____	4	HERCEPTIN HYLECTA _____	33	hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50	
HAEGARDA SOLR SC _____	65	HIBERIX SOLR IJ _____	97	MG _____	59
HALAVEN (Use eribulin mesylate)		HIBICLENS SOLN EX (Use		hydrocodone bitartrate-homatropine	
		chlorhexidine gluconate) _____	38	methylbromide SOLN _____	46
		HIGH POTENCY MULTIVITAMIN			
		TABS _____	81		

hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____ 7	hydromorphone hcl TABS 8 MG____ 6	HY-VEE GLUCOSE _____ 19
hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____ 7	hydroxychloroquine sulfate 200 MG . 29	HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 26
HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK _____ 53	hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____ 32	ibandronate sodium SOLN _____ 59
hydrocortisone (intrarectal) _____ 8	hydroxyprogesterone caproate OIL . 92	IBRANCE CAPS _____ 33
hydrocortisone (rectal) EX 1 % ____ 8	hydroxyurea _____ 34	IBRANCE TABS _____ 33
hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % __ 8	hydroxyzine hcl SYRP _____ 9	ibuprofen CHEW _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % . 53	hydroxyzine hcl TABS _____ 9	ibuprofen lysine _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 1 % . 53	hydroxyzine pamoate CAPS _____ 9	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML ____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 53	HYMOVIS _____ 84	ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4
hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 53	hyoscyamine sulfate ELIX _____ 95	ibuprofen TABS 200 MG _____ 4
hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 53	HYOSCYAMINE SULFATE POWD . 96	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4
hydrocortisone (topical) OINT 1 % , 2.5 % 53	hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML _____ 96	icatibant acetate SOLN _____ 65
hydrocortisone butyrate SOLN ____ 53	hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG 96	icatibant acetate SOSY _____ 65
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____ 53	hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG 96	ICLUSIG _____ 33
hydrocortisone TABS _____ 46	HYPERHEP B SOLN IM _____ 90	IDELVION _____ 64
hydrocortisone vaginal _____ 99	HYPERRHO S/D MINI-DOSE SOSY IM _____ 90	IDHIFA _____ 33
hydrocortisone w/acetic acid _____ 89	HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT _____ 90	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 43
HYDROCORTISONE/ACETIC ACID (Use hydrocortisone w/acetic acid) 89	HYQVIA _____ 90	IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT ____ 57
HYDROMORPHONE HCL SUPP__ 6	HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ____ 4	ILARIS SOLN _____ 4
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG _____ 6	HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ____ 4	ILUMYA _____ 51
	HYRONAN KIT _____ 84	ILUVIEN _____ 88
		imatinib mesylate _____ 33
		IMBRUVICA CAPS _____ 33
		IMBRUVICA TABS _____ 33
		IMCIVREE _____ 1
		IMFINZI _____ 31
		imipramine hcl TABS _____ 17

imiquimod 5 % _____	53	INFANRIX _____	95	INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN SUPN _____	20
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____	76	INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____	4	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	20
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	76	INFANTS SILAPAP SOLN OR _____	5	INSULIN SYRINGES _____	71
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	76	INFLECTRA SOLR _____	63	INSULIN SYRINGES-MISC _____	71
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____	76	INFLIXIMAB _____	63	INSUPEN 31G X 5MM _____	71
IMLYGIC _____	35	INLYTA _____	30	INSUPEN 31G X 8MM _____	71
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____	21	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____	73	INSUPEN 32G X 4MM _____	71
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____	21	INQOVI _____	33	INTELENCE 100 MG (Use etravirine)	39
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR . 98		INREBIC _____	33	INTELENCE 200 MG (Use etravirine)	39
IMURAN TABS (Use azathioprine) _____	79	INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN . 20		INTELENCE 25 MG _____	39
INCRELEX _____	60	INSULIN ASPART PENFILL SOCT . 20		INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	57
INCRUSE ELLIPTA _____	10	INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART FLEXPEN SUPN _____	20	INTRON A SOLR _____	34
indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG . 59		INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART SUSP _____	20	INTUNIV (Use guanfacine hcl (adhd)) _____	1
INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____	42	INSULIN ASPART SOLN IJ _____	20	INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) ... 28	
INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT__	57	INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 100 UNIT/ML _____	20	INVEGA HAFYERA _____	36
INDOCIN SUSP (Use indomethacin) . 4		INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML _____	20	INVEGA SUSTENNA _____	36
INDOMETHACIN _____	4	INSULIN DEGLUDEC SOLN _____	20	INVEGA TRINZA _____	36
indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG	4	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 20		IOPIDINE _____	87
indomethacin sodium _____	4	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 20		IPOL INACTIVATED IPV _____	98
indomethacin SUPP _____	4	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	20	ipratropium bromide (nasal) 0.03 % . 84	
indomethacin SUSP _____	4	INSULIN LISPRO KWIKPEN SOPN . 20		ipratropium bromide (nasal) 0.06 % . 84	
				ipratropium bromide SOLN 0.02 %	10
				ipratropium-albuterol SOLN _____	11
				irbesartan _____	25

irbesartan-hydrochlorothiazide ____	26	JAKAFI _____	33	KEPIVANCE 6.25 MG _____	35
IRESSA (Use gefitinib) _____	31	JANSSEN COVID-19 VACCINE _	98	KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (Use levetiracetam)_____	13
irinotecan hcl_____	35	JEMPERLI _____	31	KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW . 66		JEVTANA _____	35	KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam)_____	13
IRON TABS 28 MG _____	66	JIVI _____	65	KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS CHEW 100 MG ____	39	JULUCA _____	39	KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS CHEW 25 MG ____	39	JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	25	KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS HD TABS _____	39	JYNARQUE TABS _____	62	KERALYT GEL (Use salicylic acid) . 54	
ISENTRESS PACK _____	39	JYNARQUE TBPK _____	62	KERALYT GEL _____	54
ISENTRESS TABS _____	39	JYNNEOS _____	98	KESIMPTA _____	93
isoniazid SYRP _____	29	KADCYLA _____	31	ketoconazole (topical) CREA ____	50
isoniazid TABS _____	29	KALBITOR _____	65	ketoconazole (topical) SHAM 2 %	50
ISOPTO ATROPINE SOLN ____	87	KALETRA SOLN (Use lopinavir- ritonavir) _____	39	KETONE STRP _____	57
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____	9	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	39	KETONE TEST STRIPS STRP __	57
isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	9	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	39	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	89
isosorbide mononitrate TABS ____	9	KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	94	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	89
isosorbide mononitrate TB24 ____	9	KALYDECO PACK 5.8 MG ____	94	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4
isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	49	KALYDECO TABS _____	94	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	4
ISTODAX SOLR (Use romidepsin)	33	KANJINTI 420 MG _____	31	ketorolac tromethamine TABS ____	4
ISTURISA _____	59	KANUMA _____	61	KETOSTIX STRP _____	57
ITCH RELIEF CREA _____	51	KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 % . 89	
itraconazole CAPS _____	22	KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	KEVEYIS (Use dichlorphenamide) . 58	
IXEMPRA KIT _____	35	KCENTRA _____	65	KEY-E CHEW _____	100
IXIARO _____	98	KEMOPLAT SOLN _____	30		
IXINITY SOLR _____	64	KEPIVANCE 5.16 MG _____	35		
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	22				
JADENU TABS (Use deferasirox) .	22				

KEYTRUDA _____	31	KRINTAFEL _____	29	lamotrigine CHEW _____	13
KHAPZORY _____	35	KROGER GLUCOSE _____	19	lamotrigine TABS _____	13
KIMMTRAK _____	31	KRYSTEXXA _____	64	lamotrigine TB24 _____	13
KINDERLYTE PREMAX SOLN ___	78	K-TAB TBCR 8 MEQ, 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	78	LANCETS-MISC _____	70
KINDERLYTE SOLN _____	78	KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61	LANCING DEVICE-MISC _____	70
KINERET SOSY _____	4	KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61	lanolin (topical) CREA _____	54
KINRIX SUSY _____	95	KYPROLIS _____	33	lanolin (topical) OINT _____	54
KISQALI _____	33	labetalol hcl TABS 100 MG _____	41	lanolin XX _____	92
KISQALI FEMARA 200 DOSE ___	33	labetalol hcl TABS 200 MG _____	41	LANOLIN XX _____	92
KISQALI FEMARA 400 DOSE ___	33	labetalol hcl TABS 300 MG _____	41	LANOLOR CREA _____	54
KISQALI FEMARA 600 DOSE ___	33	lactic acid (ammonium lactate) CREA _____	53	LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) _	43
KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2	lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	53	LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____	43
KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	49	lactulose (encephalopathy) _____	63	lansoprazole CPDR 15 MG _____	96
KLONOPIN TABS (Use clonazepam) _____	13	lactulose SOLN _____	68	lansoprazole CPDR 30 MG _____	96
KOATE SOLR _____	65	LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (Use lamotrigine) _____	13	lapatinib ditosylate _____	33
KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	65	LAMICTAL TABS (Use lamotrigine) _____	13	LASIX TABS (Use furosemide) ___	59
KOGENATE FS KIT _____	65	LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine) _____	13	LATANOPROST SOLN _____	89
KOKO PEAK PRO REPLACEMENT PLASTIC MOUTHPIECE MISC _____	73	LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	50	LATANOPROST SOLN _____	89
KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	18	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	50	LATUDA (Use lurasidone hcl) ___	36
KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	19	lamivudine SOLN _____	39	LEADER GLUCOSE 6 MG-4 GM .	19
KOSELUGO _____	33	lamivudine TABS 150 MG _____	39	LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	19
KOVALTRY _____	65	lamivudine TABS 300 MG _____	39	leflunomide _____	5
K-PHOS NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	78	lamivudine-zidovudine _____	39	lenalidomide _____	79
				LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ___	30
				LENVIMA 12MG DAILY DOSE ___	30
				LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ___	30
				LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ___	30
				LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ___	30
				LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ___	30

LENVIMA 4 MG DAILY DOSE ___	30	levoleucovorin calcium SOLR_____	35	(Use baclofen) _____	83
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ___	30	levonorgestrel & eth estradiol TABS	44	LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT	
LEQVIO _____	25	levonorgestrel (emergency oc) 1.5		0.05 MG/ML, 10 MG/5ML _____	84
LETAIRIS (Use ambrisentan) ___	43	MG _____	45	liothyronine sodium TABS _____	95
letrozole _____	32	levonorgestrel-eth estradiol		LIPITOR TABS (Use atorvastatin	
leucovorin calcium TABS _____	35	(triphasic) _____	44	calcium) _____	24
LEUKERAN _____	30	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-		lisdexamphetamine dimesylate CAPS	1
LEUKINE SOLR IJ _____	66	day) 0.03 MG-0.15 MG _____	44	lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5	
leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML		levothyroxine sodium TABS _____	95	MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG ___	27
.....	32	LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use		lisinopril & hydrochlorothiazide 25	
LEUPROLIDE		hyoscyamine sulfate) _____	96	MG-20 MG _____	27
ACETATE/BUPIVACAINE		LEVULAN KERASTICK SOLR_____	51	lisinopril TABS 2.5 MG _____	25
HYDROCHLORIDE _____	32	LEXAPRO TABS 10 MG (Use		lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG,	
levabuterol tartrate _____	11	escitalopram oxalate) _____	16	30 MG, 40 MG _____	25
LEVBIID TB12 (Use hyoscyamine		LEXAPRO TABS 20 MG (Use		LITETOUCH MASK LARGE MISC	73
sulfate) _____	96	escitalopram oxalate) _____	16	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC .	73
levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML,		LEXAPRO TABS 5 MG (Use		LITETOUCH MASK SMALL MISC .73	
500 MG/5ML _____	13	escitalopram oxalate) _____	16	lithium _____	36
levetiracetam TABS 1000 MG ___	13	LEXIVA SUSP _____	39	lithium carbonate CAPS _____	36
levetiracetam TABS 250 MG, 750		LEXIVA TABS (Use fosamprenavir		lithium carbonate TABS _____	36
MG _____	13	calcium) _____	39	lithium carbonate TBCR _____	36
levetiracetam TABS 500 MG _____	13	LIALDA TBEC (Use mesalamine)	63	LITHOBID TBCR (Use lithium	
levetiracetam TB24 _____	13	LIBTAYO _____	31	carbonate) _____	36
levobunolol hcl 0.5 % _____	86	LICEMD GEL _____	55	LITTLE REMEDIES SALINE	
levocarnitine (metabolic modifiers)		lidocaine CREA 4 % _____	54	SPRAY/DROPS SOLN _____	84
SOLN OR 1 GM/10ML _____	61	lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %__	80	LIVMARLI _____	63
levocarnitine (metabolic modifiers)		lidocaine hcl CREA 3 % _____	54	LIVTENCITY _____	40
TABS _____	61	lidocaine hcl CREA 4 % _____	54	LMX 4 CREA (Use lidocaine) ___	54
levocetirizine dihydrochloride TABS		lidocaine hcl GEL 2 % _____	54	LODINE TABS (Use etodolac) ___	4
23		lidocaine OINT _____	54	LODOSYN (Use carbidopa)_____	35
levofloxacin TABS _____	62	lidocaine-prilocaine CREA _____	54	LOHIST-D LIQD _____	47
levoleucovorin calcium SOLN 250		LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT		LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate	
MG/25ML _____	35				

w/ atropine) _____	21	LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide) .	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .	60
LONGS GLUCOSE _____	19	LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____	27	lurasidone hcl _____	36
LONSURF _____	33	LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	50	LUXTURNA _____	88
loperamide hcl CAPS _____	21	LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	50	LYNPARZA TABS _____	33
loperamide hcl TABS _____	21	lovastatin TABS 10 MG, 20 MG ____	24	LYSODREN _____	32
LOPID TABS (Use gemfibrozil) ____	24	lovastatin TABS 40 MG _____	24	LYSTEDA TABS (Use tranexamic acid) _____	67
lopinavir-ritonavir SOLN _____	39	LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____	12	MACI _____	83
lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG _____	39	LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____	12	MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____	28
lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____	39	loxapine succinate _____	37	MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) _	28
LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41	LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML	87	MAGNESIUM CAPS 400 MG ____	78
LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41	LUCENTIS SOSY _____	87	magnesium citrate _____	68
loratadine & pseudoephedrine TB12 .	47	LUMAKRAS _____	33	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS _____	78
loratadine & pseudoephedrine TB24 .	47	LUMIZYME _____	61	magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	68
loratadine SOLN _____	23	LUMOXITI _____	31	magnesium oxide (mg supplement) TABs 241.5 MG, 400 MG _____	78
loratadine TABS _____	23	LUNG PERFORMANCE PEAK FLOW METER _____	73	MAGNESIUM OXIDE CAPS ____	78
loratadine TBDP 10 MG _____	23	LUPKYNIS _____	79	magnesium oxide TABS 400 MG ____	9
lorazepam TABS _____	10	LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT IM	32	MAGOX 400 TABS (Use magnesium oxide (mg supplement)) _____	78
LORBRENA _____	33	LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT IM	32	MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate) ____	92
losartan potassium & hydrochlorothiazide _____	27	LUPRON DEPOT (4-MONTH) IM	32	MAKENA SOAJ _____	92
losartan potassium _____	25	LUPRON DEPOT (6-MONTH) IM .	32	malathion _____	55
LOSEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day)) _____	44	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .	60	maraviroc TABS 150 MG _____	39
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____	25	MARGENZA _____	31	maraviroc TABS 300 MG _____	39
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____	25				

MASK VORTEX/CHILD/FROG ___	73	megestrol acetate SUSP _____	32	MESNEX SOLN (Use mesna) ___	35
MASK VORTEX/TODDLER/LADYBUG ___	73	megestrol acetate TABS _____	32	MESNEX TABS _____	35
MATULANE _____	34	MEIJER GLUCOSE _____	19	MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide) _____	29
MAVYRET PACK _____	40	MEKINIST TABS _____	33	MESTINON TIMESPAN TBCR (Use pyridostigmine bromide) _____	29
MAVYRET TABS _____	40	MEKTOVI _____	33	METADATE CD CPCR (Use methylphenidate hcl) _____	2
MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76	MELATONIN SUBL _____	2	MELATONIN TABS 3 MG, 5 MG _____	2
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	76	melatonin TBDP 3 MG _____	2	meloxicam TABS _____	5
MAXITROL OINT (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88	melphalan _____	30	melphalan hcl IV _____	30
MAXITROL SUSP (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88	memantine hcl SOLN _____	93	memantine hcl TABS _____	93
MAXI-TUSS PE LIQD _____	48	MENACTRA _____	97	MENOPUR SC _____	60
MAXI-TUSS PE MAX LIQD _____	47	MENQUADFI _____	97	MENVEO SOLN _____	97
MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	58	MENVEO SOLR _____	97	mepерidine hcl SOLN OR 50 MG/5ML _____	6
MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	58	mepерidine hcl TABS 50 MG _____	6	MEPHYTON TABS (Use phytonadione) _____	100
meclizine hcl CHEW _____	22	METHAZOLAMIDE TABS _____	58	meprobamate _____	9
meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG . 22		METHENAMINE MANDELATE _____	28	MEPSEVII _____	61
MEDROL DOSEPAK TBPK (Use methylprednisolone) _____	46	METHENAMINE-HYOSC-METHYLENE BLUE- SOD PHOS-PHENYL SAL TABS 10.8 MG- 81.6 MG-0.12 MG-36.2 MG-40.8 MG, 10.8 MG-81.6 MG-36.2 MG-0.12 MG- 40.8 MG _____	28	MERCAPTOPYRINE TABS _____	30
MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____	46	METHIMAZOLE TABS _____	95	MESALAMINE CP24 _____	63
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	45	METHITEST TABS _____	8	MESALAMINE CPDR _____	63
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	45	METHOCARBAMOL TABS 500 MG, 750 MG _____	84	MESALAMINE ENEM _____	63
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____	92	METHOTREXATE _____	3	MESALAMINE TBEC _____	63
mefloquine hcl _____	29	METHOTREXATE SODIUM SOLN 1		MESNA SOLN _____	35

GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____	30	metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG _____	27	MG _____	99
methotrexate sodium TABS 2.5 MG 30		metoprolol succinate TB24 200 MG 41		MICRHOGAM ULTRA- FILTEREDPLUS SOSY IM _____	90
methylidopa TABS _____	26	metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	41	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW METER _____	74
methylergonovine maleate TABS . 90		metoprolol tartrate TABS 100 MG	.41	midazolam hcl SOLN IJ _____	67
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2	metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG _____	41	midodrine hcl _____	100
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2	METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) _____	55	mifepristone (hyperglycemia) ____	19
methylphenidate hcl CPCR _____	2	METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical)) _____	55	miglustat _____	66
methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML _____	2	metronidazole (topical) CREA ____	55	MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) ____	76
methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML _____	2	metronidazole (topical) GEL 0.75 % 55		MINI WRIGHT AFS PEAK FLOWMETER LOW RANGE ____	74
methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG _____	2	metronidazole (topical) LOTN ____	55	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	74
methylphenidate hcl TABS 5 MG ____	2	metronidazole TABS _____	27	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD RANGE _____	74
methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	metronidazole vaginal _____	99	MINIELITE FILTER	
methylphenidate hcl TB24 36 MG _	2	metyrosine _____	25	REPLACEMENTS MISC _____	74
methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG _____	2	mexiletine hcl _____	10	MINIPRESS CAPS (Use prazosin hcl) _____	26
methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) _____	59	MINIVELLE PTTW (Use estradiol)	62
methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG _____	46	MICARDIS (Use telmisartan) ____	25	minocycline hcl CAPS _____	95
methylprednisolone TBPk _____	46	MICARDIS HCT (Use telmisartan- hydrochlorothiazide) _____	27	minoxidil 10 MG _____	27
metoclopramide hcl SOLN OR 5 MG/5ML, 10 MG/10ML _____	63	MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical)) _____	50	minoxidil 2.5 MG _____	27
metoclopramide hcl TABS _____	63	miconazole nitrate (topical) CREA .	50	MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350) _____	68
metolazone _____	59	miconazole nitrate vaginal CREA .	.99	MIRCERA _____	66
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG	27	miconazole nitrate vaginal KIT	99	MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) _____	44
		miconazole nitrate vaginal SUPP	100	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM	55
		MG _____	99	MIRODERM FENESTRATED	
		miconazole nitrate vaginal SUPP 200			

BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM.....56	mirtazapine TBDP 15 MG _____ 15	MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal)___ 99
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM.....56	mirtazapine TBDP 30 MG _____ 15	MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use hydrocortisone vaginal) ____ 99
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM.....56	mirtazapine TBDP 45 MG _____ 15	MONJUVI _____ 31
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM.....56	misoprostol _____ 97	MONOVISC _____ 84
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM.....56	mitoxantrone hcl 2 MG/ML _____ 32	montelukast sodium CHEW _____ 10
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM _____ 56	MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____ 70	montelukast sodium PACK _____ 10
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM _____ 56	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____ 57	montelukast sodium TABS _____ 10
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM.....56	M-M-R II SOLR _____ 98	morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____ 7
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM/MESHED _____ 56	MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____ 98	morphine sulfate SOLN OR 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____ 6
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____ 56	MODERNA COVID-19 VACCINE,BIVALENT ORIGINAL AND OMICRON _____ 98	morphine sulfate SUPP _____ 7
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____ 56	MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP . 98	morphine sulfate TABS _____ 7
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED _____ 56	MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6MO-5Y ____ 98	morphine sulfate TBCR _____ 7
mirtazapine TABS 15 MG _____ 15	MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5 .98	MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____ 5
mirtazapine TABS 30 MG _____ 15	MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP _____ 98	MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen) _____ 5
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG .15	MODERNA COVID-19 VACCINE/STIR SOLN _____ 80	MOUTH KOTE REMINT SOLN __ 80
	molindone hcl _____ 37	MOUTH KOTE SOLN _____ 81
	mometasone furoate CREA _____ 53	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP 87
	mometasone furoate OINT _____ 53	MOZOBIL (Use plerixafor) _____ 67
	mometasone furoate SOLN _____ 53	MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate) _____ 7
	MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) . 99	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine- guaifenesin) _____ 48
	MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____ 99	MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) ____ 48
		MUCINEX DM MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use

dextromethorphan-guaifenesin) __ 48	83	mycophenolate sodium _____	79
MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) __ 48	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-1.2 MG-10 MCG-6.75 MG-750 MCG-4.5 MCG-0.5 MG, 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-4.5 MCG-1.2 MG-2500 UNIT- 400 UNIT-15 UNIT-0.5 MG _____	MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	87
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin) _____ 49		MYFORTIC (Use mycophenolate sodium) _____	79
MUCINEX TB12 (Use guaifenesin) 49		MYLERAN TABS _____	30
MULPLETA _____ 66	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW _____ 82	MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP (Use simethicone) 62	
MULTI VITAMIN TABS _____ 81		MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____	62
MULTI VITAMIN/D-3 TABS _____ 81	MULTI-VIT-FLOR CHEW 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG- 10 MG-0.25 MG-600 MCG-4.5 MCG- 230 MCG, 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG-10 MG-1 MG- 600 MCG-4.5 MCG-230 MCG _____	MYLOTARG _____	31
multiple vitamin TABS _____ 81		MYSOLINE (Use primidone) _____	13
multiple vitamins w/ iron TABS __ 81		NABI-HB SOLN IM _____	90
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____ 81	MULTI-VIT-FLOR CHEW 60 MG-1 MG-10 MG-1 MG-1.2 MG-10 MCG- 10 MG-0.5 MG-600 MCG-4.5 MCG- 230 MCG _____ 82	nabumetone _____	5
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____ 81		nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	42
MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG- 400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG-2500 UNIT-0.25 MG-15 UNIT, 60 MG-1.05 MG-0.3 MG-1.05 MG-400 UNIT-4.5 MCG-1.2 MG-13.5 MG- 2500 UNIT-1 MG-15 UNIT _____	mupirocin calcium (topical) _____	NAGLAZYME _____	61
	50		
	mupirocin OINT _____	NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____	5
	50		
	MVASI _____	naloxone hcl LIQD _____	22
	30	naloxone hcl SOCT _____	22
	MX-SOL BLEND SF SUSP _____	naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____	22
	91	naloxone hcl SOSY _____	22
	MX-SOL BLEND SUSP _____	naltrexone hcl _____	22
	91		
	MX-SOL SF SYRP _____	NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____	93
	91		
	MX-SOL SUSPEND SUSP _____	NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl) _____	93
	91		
	MX-SOL SYRP _____	naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %	88
	91		
	MYALEPT _____	NAPROSYN SUSP (Use naproxen) 5	
	61		
	MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	NAPROSYN TABS 500 MG (Use	
	29		
	MYCOBUTIN (Use rifabutin) _____		
	29		
	mycophenolate mofetil CAPS _____		
	79		
	mycophenolate mofetil SUSR _____		
	79		
	mycophenolate mofetil TABS _____		
	79		

naproxen) _____	5	50	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	14	
naproxen sodium TABS 220 MG __	5	neomycin-polymy-dexameth OINT	88	NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract) _____	55
naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP .	88	nevirapine SUSP _____	39
naproxen SUSP _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	50	nevirapine TABS _____	39
naproxen TABS _____	5	neomycin-polymyxin-gramicidin __	87	nevirapine TB24 100 MG _____	39
naratriptan hcl _____	76	neomycin-polymyxin-hc (ophth) __	88	nevirapine TB24 400 MG _____	39
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) .	22	neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN .	89	NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) .	34
NARDIL (Use phenelzine sulfate) .	16	neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP .	89	NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _	96
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) _____	84	NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) _____	5	NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDRENS AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) __	84	NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) ____	79	NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal)) _____	84	NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) ____	79	NEXVIAZYME _____	61
nateglinide _____	21	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) __	50	niacin (antihyperlipidemic) TABS _	25
NATPARA _____	59	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) .	50	niacin (antihyperlipidemic) TBCR .	25
NATROBA (Use spinosad) ____	55	NERLYNX _____	33	niacin CPCR 250 MG, 500 MG __	101
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD .	68	NESINA (Use alogliptin benzoate) .	19	niacin TABS 500 MG _____	101
NAYZILAM _____	13	NEUPOGEN SOLN _____	66	niacin TBCR _____	101
NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC _____	74	NEUPOGEN SOSY _____	66	NIACIN TR TBCR _____	101
NEBULIZER MASK ADULT MISC .	74	NEURONTIN CAPS (Use gabapentin) _____	13	NIASPAN TBCR (Use niacin (antihyperlipidemic)) _____	25
NEBULIZER MASK CHILD MISC .	74	NEURONTIN SOLN (Use gabapentin) _____	13	nicardipine hcl CAPS _____	42
nefazodone hcl _____	17	NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin) _____	13	NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____	94
NEOMULTIVITE TABS _____	81			NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____	94
neomycin sulfate TABS _____	2			NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	94
neomycin-bacitracin zn-polymyxin	87			NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	94
neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .					

NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____	94	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	55	nortriptyline hcl SOLN _____	18
nicotine MISC XX _____	94	NIZORAL SHAM _____	50	NORVASC TABS (Use amlodipine besylate) _____	42
nicotine polacrilex GUM _____	94	NORDITROPIN FLEXPEN SOPN _____	60	NORVIR CAPS _____	39
nicotine polacrilex LOZG _____	94	norelgestromin-ethinyl estradiol ____	45	NORVIR SOLN _____	39
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____	94	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	45	NORVIR TABS (Use ritonavir) ____	39
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT _____	94	norethindrone & eth estradiol ____	45	NOSE CLIP MISC _____	74
NICOTROL INHALER INHA _____	94	norethindrone & ethinyl estradiol-fe 45	45	NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS _____	58
NICOTROL NS SOLN _____	94	norethindrone (contraceptive) ____	45	NOVACHOR _____	56
nifedipine CAPS _____	42	norethindrone acet & eth estra ____	45	NOVAREL IM 5000 UNIT _____	60
nifedipine TB24 30 MG, 90 MG ____	42	norethindrone acetate TABS _____	92	NOVAVAX COVID-19 VACCINE .	98
nifedipine TB24 60 MG _____	42	norethindrone acetate-ethinyl estradiol _____	62	NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 _____	98
NINLARO _____	34	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe _____	45	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20
nitisinone CAPS _____	61	norethindrone-eth estradiol (triphasic)	45	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	20
NITRO-BID OINT _____	9	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	45	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _	20
NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)	9	norgestimate-ethinyl estradiol ____	45	NOVOLIN 70/30 SUSP _____	20
nitrofurantoin _____	28	norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	45	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN _____	20
nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG _____	28	NORPACE CAPS (Use disopyramide phosphate) _____	10	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN ____	20
nitrofurantoin monohyd macro ____	28	NORPACE CR CP12 150 MG ____	10	NOVOLIN N RELION SUSP ____	20
nitroglycerin CPR _____	9	NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl) _____	17	NOVOLIN N SUSP _____	20
nitroglycerin PT24 _____	9	NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl) _____	17	NOVOLIN R RELION SOLN IJ ____	20
nitroglycerin SUBL _____	9	NORTHERA (Use droxidopa) ____	100	NOVOLIN R SOLN IJ _____	20
NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____	9	nortriptyline hcl CAPS _____	17	NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN _____	20
NITYR TABS _____	61			NOVOLOG FLEXPEN SOPN ____	20
NIVA THYROID TABS _____	95			NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION SUPN _____	20
NIVESTYM SOLN _____	66			NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP _____	20
NIVESTYM SOSY _____	66				

NOVOLOG MIX 70/30 SUSP _____	20	FENESTRATED _____	56	omega-3 fatty acids CAPS _____	86
NOVOLOG PENFILL SOCT _____	20	OASIS WOUND MATRIX _____	56	omega-3 fatty acids CPDR _____	86
NOVOLOG RELION SOLN IJ _____	20	OBIZUR _____	65	OMEPRAZOLE _____	44
NOVOLOG SOLN IJ _____	20	OICALIVA _____	62	OMEPRAZOLE 20MG TABLET _____	96
NOVOSEVEN RT _____	65	OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML _____	90	omeprazole CPDR _____	96
NP THYROID 120 TABS _____	95	OCTAGAM SOLN _____	90	omeprazole magnesium TBEC _____	96
NP THYROID 15 TABS _____	95	octreotide acetate SOLN _____	61	OMNICAP TABS _____	81
NP THYROID 30 TABS _____	95	OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))	87	ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT _____	58
NP THYROID 60 TABS _____	95	ODEFSEY _____	39	ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	58
NP THYROID 90 TABS _____	95	ODOMZO _____	31	ONCASPAR _____	34
NUBEQA _____	32	OFEV _____	94	ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML _____	22
NULIBRY _____	61	OFF DEEP WOODS AERO _____	54	ondansetron hcl TABS 24 MG _____	22
NULOJIX _____	79	OFF DEEP WOODS DRY AERO _____	54	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG	22
NUMOISYN LIQD _____	81	OFIRMEV SOLN IV (Use acetaminophen) _____	5	ondansetron TBDP _____	22
NUPLAZID CAPS _____	36	ofloxacin (ophth) _____	87	ONE DAILY ESSENTIAL TABS _____	81
NUPLAZID TABS 10 MG _____	36	ofloxacin (otic) _____	89	ONE DAILY ESSENTIALS TABS _____	81
NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol) _____	45	ofloxacin 400 MG _____	62	ONE FLOW TESTER TUBE MOUTHPIECE MISC _____	74
NUWIQ KIT _____	65	OGIVRI _____	31	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	81
NUWIQ SOLR _____	65	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT _____	58	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	81
NYSTATIN (Use nystatin (mouth-throat)) _____	80	olanzapine TABS 15 MG, 20 MG _____	37	ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	81
nystatin (mouth-throat) _____	80	olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG _____	37	ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT	70
nystatin (topical) CREA _____	50	olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG _____	37	ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	70
nystatin (topical) OINT _____	51	olmesartan medoxomil _____	26	ONETOUCH ULTRA STRP _____	58
nystatin (topical) POWD EX _____	51	olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide _____	27	ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD	
nystatin TABS _____	22	olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide _____	27		
nystatin-triamcinolone CREA _____	51	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	74		
nystatin-triamcinolone OINT _____	51				
NYVEPRIA _____	66				
OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX					

GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____ 70	SWEETENED LIQD _____ 91	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
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT 70	ORAPENN SD ANHYDROUS UNSWEETENED LIQD _____ 91	OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____ 52
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP _____ 58	ORA-PLUS LIQD _____ 91	OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____ 52
ONE-WAY VALVED EXPIRATORYMOUTHPIECE/DISPO SABLE MISC _____ 74	ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 % 92	OVIDE (Use malathion) _____ 55
ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC . 74	ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 % 92	OVIDREL INJ _____ 60
ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _ 19	ORENCIA CLICKJECT SOAJ ____ 5	OXAYDO TABS 5 MG _____ 7
ONPATTRO _____ 94	ORENCIA SOLR _____ 5	oxazepam CAPS _____ 10
ONUREG TABS _____ 30	ORENCIA SOSY _____ 5	OXBRYTA TABS 500 MG _____ 66
OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine) _____ 88	ORENITRAM TBCR _____ 43	OXBRYTA TBSO _____ 66
OPDIVO _____ 31	ORFADIN CAPS (Use nitisinone) .61	oxcarbazepine SUSP _____ 14
OPDUALAG _____ 33	ORFADIN SUSP _____ 61	oxcarbazepine TABS _____ 14
OPILL _____ 45	ORGOVYX _____ 32	OXLUMO _____ 64
ORA-BLEND SF SUSP _____ 91	ORKAMBI PACK _____ 94	oxybutynin chloride TABS _____ 97
ORA-BLEND SUSP _____ 91	ORKAMBI TABS _____ 94	oxybutynin chloride TB24 _____ 97
oral electrolytes SOLN _____ 78	ORLADEYO _____ 65	oxycodone hcl CAPS _____ 7
ORAL MIX FLAVORED SUSPENDING VEHICLE SUSP __ 91	orphenadrine citrate TB12 _____ 84	oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML .7
ORAL MIX SF SUSP _____ 91	ORTHOVISC _____ 84	oxycodone hcl SOLN _____ 7
ORAL RELIEF SPRAY FOR DRY MOUTH & DISCOMFORT SOLN _____ 81	oseltamivir phosphate CAPS 30 MG ... 41	oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG _____ 7
ORAL SUSPEND LIQD _____ 91	oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG _____ 41	oxycodone hcl TABS 30 MG _____ 7
ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE SYRP _____ 91	oseltamivir phosphate SUSR ____ 41	oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG _____ 7
ORAL SYRUP SF SYRP _____ 91	OSENI (Use alogliptin-pioglitazone) . 18	oxycodone w/ acetaminophen SOLN . 7
ORAPENN SD ANHYDROUS	OSENI _____ 18	oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____ 7
	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS _____ 56	OXYCONTIN T12A _____ 7
	OTEZLA TABS _____ 5	oyster shell _____ 77
	OTEZLA TBPK _____ 5	
	OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5	

OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS . 77	SET DEVI _____ 74	pazopanib hcl _____ 34
OZURDEX IMPL _____ 88	PARI MASK SET MISC _____ 74	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____ 83
paclitaxel protein-bound particles .35	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC _____ 74	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN _____ 83
PACLITAXEL PROTEIN- BOUND PARTICLES _____ 35	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC _____ 74	PCCA SWEET-SF SYRP _____ 92
PADCEV _____ 31	PARI SOFT PLASTIC PEDIATRIC MASK MISC _____ 74	PCCA SYRUP VEHICLE SYRP __ 92
PALYNZIQ _____ 61	PARI VORTEX ADULT MASK ____ 74	PCCA-PLUS SUSP _____ 92
PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl) _____ 18	paricalcitol SOLN _____ 61	PEAK A-I-R FLOW METER ____ 74
pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML _____ 59	PARLODEL CAPS (Use bromocriptine mesylate) _____ 36	PEAK AIR PEAK FLOW METER ADULT/PEDIATRIC ____ 74
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 59	PARLODEL TABS (Use bromocriptine mesylate) _____ 36	ped multivitamins w/fl & iron SOLN 82
PANDA MASK LARGE _____ 74	PARNATE (Use tranylcypromine sulfate) _____ 16	PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (Use oral electrolytes) ____ 78
PANDA MASK MEDIUM _____ 74	paroxetine hcl SUSP _____ 16	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____ 78
PANDA MASK SMALL _____ 74	paroxetine hcl TABS 10 MG ____ 16	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN _____ 78
PANHEMATIN 350 MG _____ 65	paroxetine hcl TABS 20 MG ____ 16	PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____ 78
pantoprazole sodium TBEC 20 MG 97	paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG . 16	PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____ 78
pantoprazole sodium TBEC 40 MG 97	paroxetine hcl TB24 _____ 16	PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate) _ 46
PANZYGA _____ 90	PARSABIV _____ 61	PEDIARIX SUSY _____ 95
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC _____ 74	PARVA-CAL _____ 77	PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTPIECE MISC _____ 74
PARI BABY CONVERSION KITSIZE 1 MISC _____ 74	PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl) .....16	PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC . 74
PARI BABY CONVERSION KITSIZE 2 MISC _____ 74	PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl) .16	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____ 82
PARI BABY CONVERSION KITSIZE 3 MISC _____ 74	PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl) _____ 16	pediatric multivitamins w/fl CHEW .82
PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC _____ 74	PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl) _____ 16	pediatric multivitamins w/fl SOLN _ 82
PARI EXPIRATORY FILTER VALVE	PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl) _____ 16	
	PAXLOVID 100 MG-150 MG ____ 40	

PEDIATRIC PANDA MASK _____	74	famotidine) _____	96	19VACCINE/BIVALENT/5-11Y ____	98
pediatric vitamins acid w/ fluoride SOLN _____	82	PEPCID TABS (Use famotidine) _	96	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6M-4Y ____	98
PEDVAX HIB SUSP _____	97	PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	98
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR _____	68	PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate) 21		PFLEX MISC _____	75
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride _____	68	PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	PH 12 STERILE DILUENT FORFLOLAN _____	92
PEGASYS SOLN _____	40	PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) _____	7	PHARMACIST CHOICE NEBULIZER/CPAP/INHALER CHAMBER MASK WIPES MISC _	75
PEG-PREP _____	68	PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____	80	phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG _____	64
PEMAZYRE _____	34	PERJETA _____	31	phenelzine sulfate _____	16
PEMETREXED 500 MG/20ML ____	30	permethrin CREA _____	55	phenobarbital ELIX _____	67
pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30	permethrin LIQD EX _____	55	phenobarbital TABS _____	67
PEMFEXY _____	30	perphenazine TABS _____	37	phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 % _____	87
PEN NEEDLES 30GX5MM _____	71	perphenazine-amitriptyline _____	93	phenylephrine hcl (oral) TABS ____	85
PEN NEEDLES 31G X 8MM ____	71	PERSERIS PRSY _____	36	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML	48
PEN NEEDLES 31GX5MM _____	71	PERSONAL BEST FULL RANGE .75		phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	48
PEN NEEDLES 31GX8MM _____	71	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE SUSP _____	98	phenylephrine-dm SOLN _____	48
PEN NEEDLES 32G X 4MM ____	71	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y SUSP _____	98	phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____	8
PEN NEEDLES 32GX4MM _____	71	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP	98	phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____	8
PENBRAYA _____	97	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y SUSP _____	98	phenytoin CHEW _____	14
penicillamine TABS _____	78	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	98	phenytoin sodium extended 100 MG .	14
penicillin v potassium SOLR _____	90	.....	98	phenytoin sodium SOLN _____	14
penicillin v potassium TABS _____	90	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP _	98	phenytoin SUSP _____	14
PENTACEL _____	95	PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP _	98		
pentoxifylline _____	65				
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____	96				
PEPCID AC TABS 10 MG (Use famotidine) _____	96				
PEPCID AC TABS 20 MG (Use					

PHESGO _____	33	PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	65	POLY-VITA/IRON SOLN _____	83
PHOTOFRIN _____	34	PLEGRIDY SOPN _____	93	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	83
PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT _____	88	PLEGRIDY SOSY IM _____	93	POLY-VITE/IRON SOLN _____	83
phytonadione TABS 5 MG _____	100	PLEGRIDY STARTER PACK SOPN .	93	POMALYST _____	32
PIFELTRO _____	39	PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC _____	93	PORTRAZZA _____	31
PIKO 1 ELECTRONIC _____	75	PLENITY _____	1	pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic__	78
PILLOW MASK/ADULT MISC ____	75	PLENITY WELCOME KIT _____	1	potassium bicarbonate TBEF ____	78
PILLOW MASK/CHILD MISC ____	75	plerixafor _____	67	potassium chloride CPCR 10 MEQ	78
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	75	PNEUMOVAX 23 _____	97	potassium chloride CPCR 8 MEQ ..	78
pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	81	PNEUMOVAX 23/1 DOSE _____	97	potassium chloride microencapsulated crystals er ____	78
pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % .	87	POCKET PEAK FLOW METER __	75	potassium chloride PACK OR 20 MEQ _____	78
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	58	POCKETPEAK PEAK FLOW METER LOW RANGE _____	75	potassium chloride SOLN OR 10 %, 20 % _____	78
pimecrolimus _____	54	POCKETPEAK PEAK FLOW METER/UNIVERSAL RANGE 50-720 LPM _____	75	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ _____	78
pindolol TABS _____	42	podofilox SOLN _____	54	potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG _____	63
pioglitazone hcl _____	21	POLIVY _____	31	POTELIGEO _____	31
pioglitazone hcl-metformin hcl TABS .	18	POLYCOSE LIQD _____	86	PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate) _____	12
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	58	POLYCOSE POWD _____	86	PRADAXA CAPS _____	12
PIQRAY 200MG DAILY DOSE ____	34	polyethylene glycol 3350 POWD _	68	pralatrexate _____	30
PIQRAY 250MG DAILY DOSE ____	34	polymyxin b-trimethoprim _____	87	PRALUENT SOAJ _____	25
PIQRAY 300MG DAILY DOSE ____	34	polysaccharide iron complex CAPS 150 MG _____	66	pramipexole dihydrochloride TABS	36
pirfenidone CAPS _____	94	POLY-VI-FLOR CHEW _____	82	prasugrel hcl _____	65
pirfenidone TABS _____	94	polyvinyl alcohol 1.4 % _____	86	pravastatin sodium _____	24
piroxicam CAPS _____	5	POLY-VI-SOL SOLN OR _____	83	prazosin hcl CAPS _____	26
PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	45	POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____	83		
PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	29	POLY-VITA SOLN OR _____	83		

PRECISION XTRA _____	58	PREVACID CPDR 30 MG (Use lansoprazole) _____	97	primidone _____	14
PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____	88	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRIORIX SUSR _____	99
PRED MILD _____	88	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental))	80	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17
PRED-G SUSP _____	88	PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17
prednisolone acetate (ophth) _____	88	PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML _____	90
PREDNISOLONE ACETATE P-F _____	88	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML _____	90
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____	88	PREVIMIS SOLN _____	40	PROAIR HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	11
prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML _____	46	PREVIMIS TABS _____	40	PROAIR RESPICLICK AEPB _____	12
prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML _____	46	PREZCOBIX _____	39	probenecid _____	64
prednisolone SOLN _____	46	PREZISTA SUSP _____	39	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine) _____	42
prednisolone TABS _____	46	PREZISTA TABS 150 MG _____	39	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine) _____	42
PREDNISONE INTENSOL CONC _____	46	PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____	39	prochlorperazine _____	37
prednisone SOLN _____	46	PREZISTA TABS 75 MG _____	39	prochlorperazine maleate TABS _____	37
prednisone TABS _____	46	PRIALT _____	6	PROCRIT _____	66
prednisone TBPK _____	46	PRILOSEC OTC TBEC (Use omeprazole magnesium) _____	97	PROCYSBI CPDR _____	63
PREFERRED PLUS GLUCOSE _____	19	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate) _____	29	PROCYSBI PACK _____	64
PREGNYL IM _____	60	primaquine phosphate TABS _____	29	PROFILNINE _____	65
PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NACL IM _____	60			progesterone CAPS 100 MG _____	92
PREHEVBRIO _____	99			progesterone CAPS 200 MG _____	92
PREMARIN _____	100			PROGRAF CAPS (Use tacrolimus) _____	79
PREMARIN TABS _____	62			PROGRAF PACK _____	79
PREMPHASE _____	62			PROLASTIN-C SOLN _____	94
PREMPRO _____	62			PROLEUKIN _____	34
PRENATAL VITAMINS-MISC _____	83			PROLIA SOSY _____	59
PREVACID 24HR CPDR (Use lansoprazole) _____	97			promethazine & phenylephrine SYRP _____	48

PROMETHAZINE HCL POWD_____ 44	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____ 71
promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML _____ 24	PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17	PURIXAN SUSP _____ 30
promethazine hcl SUPP _____ 24	pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 48	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48
promethazine hcl TABS _____ 24	pseudoephedrine hcl TABS _____ 85	PX GLUCOSE _____ 19
promethazine w/codeine SOLN __ 48	pseudoephedrine hcl TB12_____ 85	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48
promethazine w/codeine SYRP __ 48	pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .48	pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML . 9
promethazine-dm SYRP_____ 48	pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____ 48	pyrazinamide _____ 29
promethazine-phenylephrine-codeine .....48	pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG_____ 48	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 55
PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone) _____ 92	pseudoephedrine-ibuprofen TABS 48	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % __ 55
PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone) _____ 92	psyllium CAPS 0.52 GM _____ 68	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %55
PRONEB ULTRA FILTER SET MISC .....75	psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 %68	PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl)_____ 64
propafenone hcl TABS .....10	psyllium POWD 43 % _____ 68	pyridostigmine bromide TABS 60 MG .....29
propranolol hcl CP24 .....42	PTS PANELS EGLU STRP ____ 58	pyridostigmine bromide TBCR .....29
propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML _____ 42	PTS PANELS KETONE TEST ____ 58	pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____ 101
propranolol hcl TABS _____ 42	PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____ 11	pyrimethamine _____ 29
propylthiouracil _____ 95	PULMOZYME _____ 94	PYRUKYND TABS _____ 65
PROQUAD SUSR _____ 99	PURAPLY 2CM X 4CM _____ 56	PYRUKYND TAPER PACK TBPK .65
PROSCAR (Use finasteride) ____ 64	PURAPLY 5CM X 5 CM _____ 56	QC CALCIUM 500MG/D3 TABS _ 77
PROTEXT SUSP _____ 56	PURAPLY 6CM X 9CM _____ 56	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____ 48
PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 97	PURE COMFORT PEAK FLOW METER ADULT _____ 75	QINLOCK _____ 34
PROTONIX TBEC 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 97	PURE COMFORT PEAK FLOW METER CHILD _____ 75	QUADRACEL SUSP _____ 95
PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 12	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM _____ 71	QUADRACEL SUSY _____ 95
PROVERA (Use medroxyprogesterone acetate) _____ 92		

QUARTETTE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day))_____ 45	quinidine sulfate TABS _____ 10	RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____ 59
QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light)_____ 24	QUINTABS TABS _____ 82	RECOMBINATE SOLR _____ 65
QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____ 24	QVAR REDHALER 40 MCG/ACT .11	RECOMBIVAX HB SUSP _____ 99
QUESTRAN POWD (Use cholestyramine) _____ 24	QVAR REDHALER 80 MCG/ACT .11	RECOMBIVAX HB SUSY _____ 99
quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____ 37	RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA 54	RECORLEV _____ 59
quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____ 37	RA DRY MOUTH SOLN _____ 81	REDITREX SOSY _____ 3
quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____ 37	RA GLUCOSE _____ 19	REGLAN TABS (Use metoclopramide hcl) _____ 63
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.25 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG, 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-1 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG _____ 83	RABAVERT _____ 99	RELENZA DISKHALER _____ 41
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 60 MG-1.5 MG-100 MCG-1.2 MG-400 UNIT-4 MCG-1.3 MG-5 MG-1200 UNIT-15 MG-0.25 MG-15 UNIT-1 MG-108 MCG _____ 83	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP _____ 85	RELEUKO SOLN _____ 66
QUFLORA PEDIATRIC SOLN _____ 83	RADICAVA ORS SUSP _____ 85	RELEUKO SOSY _____ 66
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____ 58	RADICAVA SOLN _____ 85	RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____ 2
quinapril hcl _____ 25	raloxifene hcl _____ 60	RELEXXII TBCR 36 MG _____ 2
quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG _____ 27	ramipril CAPS _____ 25	RELION GLUCOSE _____ 19
quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG _____ 27	RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus) 79	RELION KETONE TEST STRIPS STRP _____ 58
quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____ 27	RAPAMUNE TABS (Use sirolimus) 79	REL PAX (Use eletriptan hydrobromide) _____ 76
quinidine gluconate TBCR _____ 10	RAPID SARS-COV-2 ANTIGENTEST CARD KIT _____ 58	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine) _____ 15
	RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML _____ 3	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine) _____ 15
	RAZADYNE ER CP24 (Use galantamine hydrobromide) _____ 93	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine) _____ 15
	REBIF REBIDOSE SOAJ _____ 93	REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine) _____ 15
	REBIF REBIDOSE TITRATIONPACK SOAJ _____ 93	REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine) _____ 15
	REBIF SOSY _____ 93	REMICADE _____ 63
	REBIF TITRATION PACK SOSY . 93	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS _____ 2
	REBINYN _____ 65	REN FLEXIS _____ 63

REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____ 25	citrate (pulmonary hypertension)) .43	MG _____ 59
REPATHA SOSY _____ 25	REVATIO TABS (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension))_ 43	risedronate sodium TBEC_____ 59
REPATHA SURECLICK SOAJ____ 25	REVCOVI _____ 61	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____ 36
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN 54	REVLIMID _____ 79	RISPERDAL SOLN (Use risperidone) .....36
REPLACEMENT AIR FILTER MISC . 75	REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 39	RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone) 36
REPLACEMENT FILTERS MISC . 75	REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 39	risperidone microspheres _____ 36
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____ 67	REYATAZ PACK _____ 39	risperidone SOLN _____ 36
RETACRIT _____ 66	REZUROCK _____ 79	risperidone TABS _____ 36
RETEVMO _____ 34	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____ 90	risperidone TBDP _____ 36
RETHYMIC _____ 78	RHOPHYLAC SOSY IJ _____ 90	RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl)_____ 2
RETIN-A CREA (Use tretinoin)____ 50	RIABNI _____ 31	RITALIN TABS 5 MG (Use methylphenidate hcl)_____ 2
RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) . 50	RIASTAP _____ 65	ritonavir TABS _____ 39
RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin) _____ 50	ribavirin (hepatitis c) CAPS _____ 40	RITUXAN _____ 31
RETISERT _____ 88	ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG 40	RITUXAN HYCELA _____ 33
RETROVIR CAPS (Use zidovudine) . 39	riboflavin TABS _____ 101	rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____ 93
RETROVIR SYRP (Use zidovudine) . 39	RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____ 55	rivastigmine tartrate CAPS _____ 93
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/LARGE/AEROECLIPSE MISC.....75	rifabutin _____ 29	RIXUBIS SOLR _____ 65
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC _____ 75	rifampin CAPS _____ 29	rizatriptan benzoate TABS _____ 76
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/SMALL/AEROECLIPSE MISC.....75	RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 58	rizatriptan benzoate TBDP _____ 77
REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .43	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _ 58	ROBINUL FORTE TABS (Use glycopyrrolate) _____ 96
REVATIO SUSR (Use sildenafil	RILUTEK TABS (Use riluzole) ____ 85	ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate) .....96
	riluzole TABS _____ 85	ROCALTROL CAPS (Use calcitriol) 61
	RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG ____ 3	roflumilast _____ 11
	risedronate sodium TABS 35 MG .59	
	risedronate sodium TABS 5 MG, 30	

romidepsin SOLR _____	34	salicylic acid GEL 6 % _____	54	selegiline hcl CAPS _____	36
ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____	36	SALINE NASAL SPRAY 0.65% ___	84	selegiline hcl TABS _____	36
ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____	36	salsalate _____	6	selenium sulfide LOTN 1 % _____	52
rosuvastatin calcium TABS _____	24	SAMI THE SEAL REPLACEMENTFILTERS MISC _	75	selenium sulfide LOTN 2.5 % _____	52
ROTARIX SUSP _____	99	SAMSCA TABS (Use tolvaptan)___	62	selenium sulfide SHAM 1 % _____	52
ROTARIX SUSR _____	99	SANDIMMUNE CAPS (Use cyclosporine) _____	79	SELSUN BLUE CARE MENS MAXIMUM STRENGTH LOTN (Use selenium sulfide)_____	52
ROTATEQ SOLN _____	99	SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML (Use cyclosporine) _____	79	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)_____	52
ROUGH REDROOT PIGWEED POLLEN EXTRACT _____	2	SANDIMMUNE SOLN OR _____	79	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	52
ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl) _____	7	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	61	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	52
ROXICODONE TABS 5 MG, 15 MG (Use oxycodone hcl) _____	7	SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	61	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) _____	52
ROZLYTREK CAPS _____	34	SAPHNELO _____	80	SELZENTRY SOLN _____	39
RUBRACA _____	34	sapropterin dihydrochloride PACK	61	SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc)_____	39
RUCONEST _____	65	sapropterin dihydrochloride TABS	.61	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG	39
rufinamide SUSP _____	14	SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	51	SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc)_____	39
rufinamide TABS _____	14	SAVELLA TABS _____	93	SEMGLEE SOLN _____	20
RUKOBIA _____	39	SAVELLA TITRATION PACK MISC	93	SEMGLEE SOPN _____	21
RUXIENCE _____	31	SAWYER INSECT REPELLENT CONTROLLED RELEASE LOTN_	54	sennosides TABS 8.6 MG _____	68
RYDAPT _____	34	saxagliptin hcl _____	19	sennosides-docusate sodium TABS	68
RYLAZE _____	34	saxagliptin-metformin hcl _____	18	SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium) _____	68
RYPLAZIM _____	65	SCEMBLIX _____	34	SENOKOT TABS (Use sennosides)	68
SABRIL PACK (Use vigabatrin) ___	14	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	55	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _	61
SABRIL TABS (Use vigabatrin) ___	14	SCOT-TUSSIN DM LIQD _____	48	SEREVENT DISKUS _____	12
SAIZEN IJ _____	60	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD ___	48		
SAIZENPREP RECONSTITUTIONKIT IJ _____	60	SEASONIQUE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	45		

SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37	hypertension) TABS _____	43	sirolimus TABS _____	79
SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37	SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC _____	75	SIVEXTRO TABS _____	28
SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37	SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/INFANT MISC _____	75	SKYRIZI PEN SOAJ _____	51
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG 60		SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC _____	75	SKYRIZI PSKT _____	51
sertraline hcl CONC _____	17	SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC _____	75	SKYRIZI SOSY _____	51
sertraline hcl TABS 100 MG _____	17	SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	52	SKYTROFA _____	60
sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG 17		silver sulfadiazine _____	52	SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) .101	
SEVENFACT _____	65	simethicone CHEW 80 MG _____	62	SM GLUCOSE _____	19
SFROWASA ENEM _____	63	simethicone LIQD OR 20 MG/0.3ML . 62		SM GLUCOSE CHEW _____	19
SHINGRIX _____	99	simethicone SUSP _____	62	SM IPECAC SYRUP _____	22
SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	75	SIMPLYTHICK _____	91	SMART SENSE GLUCOSE _____	19
SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK MISC _____	75	SIMPLYTHICK EASY MIX _____	91	SMART SENSE GLUCOSE TABLETS _____	19
SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/SAMI THE SEAL MISC . 75		SIMPLYTHICK EASYMIX _____	91	SOAAZ TABS 20 MG _____	59
SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/TUCKER THE TURTLE MISC _____	75	simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	24	sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG _____	9
SIDESTREAM PLUS ADULT FACE MASK MISC _____	75	SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa- levodopa) _____	36	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	64
SIGNIFOR _____	62	SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium) _____	10	sodium chloride (inhalant) AERS _	49
SIGNIFOR LAR _____	62	SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium) _____	11	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 % _____	49
SIKLOS TABS _____	66	SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium) _____	11	sodium citrate & citric acid _____	63
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	43	sirolimus SOLN _____	79	sodium fluoride (dental) CREA ____	80
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	43			sodium fluoride (dental) GEL ____	80
sildenafil citrate (pulmonary				sodium fluoride (dental) PSTE DT .80	
				sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG _____	78
				sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML _____	78
				SODIUM OXYBATE SOLN _____	92
				sodium phenylbutyrate POWD ____	61
				sodium phenylbutyrate TABS ____	61
				sodium phosphates ENEM _____	68

sodium polystyrene sulfonate POWD 80	SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC _____ 76	1 STRENSIQ _____ 61
sodium polystyrene sulfonate SUSP OR 15 GM/60ML _____ 80	SPEEDY SWAB RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT _____ 58	STRIBILD _____ 39
sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate _____ 68	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____ 99	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW METER _____ 76
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR TABS 40	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP _____ 99	SUBLOCADE SOSY _____ 8
SOF-SENSOR _____ 70	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 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
SOLESTA _____ 79	spinosad _____ 55	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____ 8
SOLQUA 100/33 _____ 18	SPINRAZA _____ 85	sucralfate SUSP _____ 96
SOMAVERT _____ 60	SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate) . 10	sucralfate TABS _____ 96
SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____ 75	spironolactone & hydrochlorothiazide 58	SUDAFED CHILDRENS LIQD ____ 85
SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP MISC _____ 76	spironolactone TABS 59	SUDAFED CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) _____ 85
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC _____ 76	SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____ 23	SUDAFED PE CHILDRENS NASAL DECONGESTANT SOLN _____ 85
SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC _____ 76	SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole) _____ 22	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral)) _____ 85
sorafenib tosylate _____ 34	SPRAVATO 56MG DOSE _____ 16	SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) . 85
SORBITOL OR 70 % _____ 68	SPRAVATO 84MG DOSE _____ 16	sulfacetamide sodium (acne) ____ 50
SORREL/DOCK MIX EXTRACT IJ . 2	SPRYCEL _____ 34	sulfacetamide sodium (ophth) OINT 87
SOSWEET SYRP _____ 92	STAMARIL SUSR _____ 99	sulfacetamide sodium (ophth) SOLN . 87
sotalol hcl (afib/afll) _____ 42	stavudine CAPS _____ 39	sulfacetamide sodium LIQD _____ 52
sotalol hcl TABS 240 MG _____ 42	STELARA 130 MG/26ML _____ 63	sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 % _____ 50
sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG _____ 42	STELARA SOSY _____ 51	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____ 50
SOVALDI TABS _____ 40	STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent) 92	
SOVUNA 200 MG _____ 29	STIMATE SOLN NA _____ 61	
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____ 76	STIVARGA _____ 34	
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____ 76	STRATTERA (Use atomoxetine hcl) .	

sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____	88	BLOC/SWEETENED SUSP _____	92	SYRSPEND SF LIQD _____	92
sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP _____	28	SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/UNSWEETENED SUSP _____	92	SYRUP VEHICLE SF SYRP _____	92
sulfamethoxazole-trimethoprim TABS _____	28	SUSPENSION VEHICLE SUSP _____	92	SYRUP VEHICLE SYRP _____	92
sulfasalazine TABS _____	63	SUSTIVA CAPS 200 MG (Use efavirenz) _____	39	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS _____	81
sulfasalazine TBEC _____	63	SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz) _____	40	TABLOID _____	30
sulindac TABS _____	5	SUSTIVA TABS (Use efavirenz) _____	40	TABRECTA _____	34
sumatriptan _____	77	SUSVIMO OCULAR IMPLANT _____	71	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _____	54
sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____	77	SUSVIMO SOLN _____	87	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % _____	54
sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____	77	SUTENT (Use sunitinib malate) _____	34	tacrolimus CAPS _____	79
sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML _____	77	SYLVANT _____	79	tadalafil (pulmonary hypertension) TABS _____	43
sumatriptan succinate TABS _____	77	SYMBICORT (Use budesonide-formoterol fumarate dihydrate) _____	12	TAFINLAR CAPS _____	34
sunitinib malate _____	34	SYMDEKO _____	94	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	96
SUPARTZ FX SOSY _____	84	SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	96
SUPER BI-MIX SOLR _____	43	SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGRISSE _____	31
SUPER TRI-MIX SOLR _____	43	SYMLINPEN 120 SOPN _____	18	TAKHZYRO SOLN _____	65
SUPPRELIN LA _____	60	SYMLINPEN 60 SOPN _____	18	TAKHZYRO SOSY _____	65
SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate) _____	68	SYNAGIS SOLN _____	90	TALTZ SOAJ _____	51
SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX3/16" (5MM) _____	71	SYNAREL _____	60	TALTZ SOSY _____	51
SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX5/16" (8MM) _____	71	SYNOJOYNT SOSY _____	84	TALZENNA _____	34
SURE COMFORT PEN NEEDLES32GX5/32" (4MM) _____	71	SYNRIBO _____	34	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP _____	92	SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium) _____	95	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41
SUSPENDRX WITH BITTER-		SYNVISC ONE SOSY _____	84	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	41
		SYNVISC SOSY _____	84	tamoxifen citrate TABS _____	32
		SYPRINE (Use trientine hcl) _____	79	tamsulosin hcl _____	64
		SYRPALTA SYRP 83 % _____	92	TARCEVA (Use erlotinib hcl) _____	31

TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	51	TEMODAR CAPS 250 MG (Use temozolomide) _____	30	testosterone enanthate SOLN IM ___	8
TARGRETIN (Use bexarotene) __	35	TEMODAR SOLR _____	30	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP _____	95
TARPEYO CPDR _____	46	TEMOVATE CREA (Use clobetasol propionate) _____	53	tetrabenazine _____	93
TASIGNA _____	34	temozolomide CAPS _____	30	tetracaine hcl (ophth) _____	88
TAVNEOS _____	65	TEMPO WELCOME KIT _____	70	tetracycline hcl CAPS 500 MG ___	95
tazarotene CREA _____	51	temsirolimus _____	34	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %	88
tazarotene GEL _____	51	TENIVAC INJ _____	95	TEZSPIRE SOSY _____	10
TAZORAC CREA (Use tazarotene) 51		tenofovir disoproxil fumarate TABS 40		TGT GLUCOSE _____	19
TAZORAC CREA _____	51	TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	THALOMID _____	79
TAZORAC GEL (Use tazarotene) .51		TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	THEO-24 CP24 _____	12
TAZVERIK _____	34	TENORMIN TABS (Use atenolol)_	41	theophylline ELIX _____	12
TDVAX SUSP _____	95	TEPADINA (Use thiotepa) _____	30	theophylline SOLN _____	12
TECARTUS _____	31	TEPEZZA _____	60	theophylline TB12 _____	12
TECENTRIQ _____	31	terazosin hcl _____	26	theophylline TB24 _____	12
TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	94	terbinafine hcl (topical) CREA ___	51	THERA TABS _____	82
TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	93	terbinafine hcl TABS _____	22	THEREMS MULTIVITAMIN TABS .82	
TEGLUTIK SUSP _____	85	terbutaline sulfate TABS _____	12	thiamine hcl TABS _____	101
TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine) _____	14	terconazole vaginal CREA _____	99	thiamine mononitrate TABS 100 MG . 101	
TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	14	terconazole vaginal SUPP _____	99	THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) .64	
TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine) _____	14	teriflunomide _____	94	THIOLA TABS (Use tiopronin) ___	64
TEGSEDI _____	94	teriparatide (recombinant) SOPN .	59	thioridazine hcl _____	37
telmisartan _____	26	TERIPARATIDE SOPN _____	59	thiotepa _____	30
telmisartan-amlodipine _____	27	TESTOPEL PLLT _____	8	thiothixene _____	38
telmisartan-hydrochlorothiazide ___	27	testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8	THRESHOLD IMT MISC _____	76
temazepam 15 MG, 30 MG _____	67	testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8	THROMBATE III _____	65
				THYMOGLOBULIN _____	79
				THYROGEN 0.9 MG _____	56
				THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60	

MG, 90 MG, 120 MG _____	95	TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____	88	topiramate TABS 200 MG _____	14
tiagabine hcl _____	14	tobramycin (ophth) SOLN _____	87	topiramate TABS 25 MG, 50 MG _	14
TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42	tobramycin NEBU _____	3	TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	35
TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42	tobramycin sulfate SOLN IJ _____	3	topotecan hcl SOLN _____	35
TIBSOVO _____	34	tobramycin sulfate SOLR _____	3	TOPOTECAN HCL SOLN _____	35
TICOVAC _____	99	tobramycin-dexamethasone SUSP 88		topotecan hcl SOLR _____	35
TIGLUTIK SUSP _____	85	TOBREX OINT _____	87	TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	41
TIKOSYN (Use dofetilide) _____	10	tolnaftate CREA _____	51	TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) 41	
timolol maleate (ophth) SOLN ____	86	tolterodine tartrate CP24 _____	97	toremifene citrate _____	32
timolol maleate TABS _____	42	tolterodine tartrate TABS _____	97	TORISEL (Use temsirolimus) _____	34
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	tolvaptan TABS _____	62	torsemide TABS _____	59
TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	86	TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate) _____	14	TOTECT _____	35
TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .51		TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TABS (Use bosentan) 43	
tioconazole vaginal 6.5 % _____	99	TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TBSO _____	43
tiopronin TABS _____	64	TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol hcl TABS 50 MG _____	7
tiopronin TBEC _____	64	TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol-acetaminophen _____	8
tiotropium bromide monohydrate CAPS _____	10	TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	25
TIVDAK _____	31	TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 4 MG _____	25
TIVICAY TABS 50 MG _____	40	TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril-verapamil hcl _____	27
TIVORBEX CAPS (Use indomethacin) _____	5	TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	tranexamic acid TABS _____	67
tizanidine hcl TABS _____	84	topiramate CPSP 15 MG _____	14	TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use clorazepate dipotassium) _____	10
TM-DAILY VITE TABS _____	82	topiramate CPSP 25 MG _____	14	tranylcypromine sulfate _____	16
TOBI NEBU (Use tobramycin) ____	2	topiramate TABS 100 MG _____	14	TRAZIMERA _____	31
TOBI PODHALER CAPS _____	2			trazodone hcl TABS 300 MG ____	17
TOBRADEX OINT _____	88			trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17

TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	30	TABS _____	58	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	71
TRECATOR _____	29	triazolam _____	67	TRUE MULTIVITAMIN TABS ____	82
TRELSTAR MIXJECT _____	32	TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide) _____	27	TRUELYTE SOLN _____	78
TREMFYA SOPN _____	51	TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	53	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW ___	19
TREMFYA SOSY _____	51	trientine hcl 250 MG _____	79	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN __	21	trientine hcl 500 MG _____	79	TRULICITY _____	19
TRESIBA SOLN _____	21	TRIESENCE _____	88	TRUMENBA _____	97
tretinoin (chemotherapy) _____	35	trifluoperazine hcl TABS _____	37	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	89
tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	50	trifluridine _____	87	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40
tretinoin GEL 0.01 % _____	50	trihexyphenidyl hcl TABS ____	36	TRUXIMA _____	31
tretinoin GEL 0.025 % _____	50	TRIKAFTA TBPK _____	94	TRUZONE PEAK FLOW METER .	76
TRETTEEN _____	65	TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	14	TUBING/WING TIP MISC _____	76
TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	30	TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine) _____	14	TUDORZA PRESSAIR _____	10
triamcinolone acetonide (mouth) .	80	TRILURON SOSY _____	84	TUKYSA _____	31
triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	84	trimethoprim TABS _____	27	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9
triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	53	TRI-MIX SOLR _____	43	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _	9
triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	53	TRINTELLIX _____	17	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) ____	9
triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	53	TRIPTODUR _____	60	TURALIO _____	34
triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	53	TRISENOX (Use arsenic trioxide)	35	TWINRIX SUSY _____	99
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP _____	48	TRIUMEQ TABS _____	40	TYBLUME CHEW _____	45
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr) 47		TRIVISC SOSY _____	84	TYBOST _____	40
triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	58	TRIZIVIR _____	40	TYKERB (Use lapatinib ditosylate)	34
triamterene & hydrochlorothiazide		TROGARZO _____	40	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW (Use acetaminophen) _____	5
		tropicamide SOLN _____	87		
		tropium chloride TABS _____	97		
		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	71		

TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____ 6	NEEDLE 31GX8MM _____ 72	VALIUM TABS (Use diazepam) __ 10
TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____ 6	UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) ____ 67	valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML _____ 15
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____ 6	UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) ____ 67	valproic acid CAPS _____ 15
TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____ 6	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____ 92	valrubicin _____ 33
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____ 6	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____ 92	valsartan TABS _____ 26
TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____ 6	UNITUXIN _____ 31	valsartan-hydrochlorothiazide ____ 27
TYMLOS _____ 59	UP & UP GLUCOSE _____ 19	VALSTAR (Use valrubicin) _____ 33
TYPHIM VI SOLN _____ 97	UPTRAVI SOLR _____ 44	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD __ 13
TYPHIM VI SOSY _____ 97	UPTRAVI TABS _____ 44	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK __ 13
TYVASO REFILL SOLN IN ____ 43	UPTRAVI TITRATION PACK TBPK 44	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK __ 13
TYVASO SOLN IN _____ 43	urea CREA 40 % _____ 53	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____ 13
TYVASO STARTER SOLN IN ____ 43	urea LOTN 40 % _____ 53	VALTrex 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____ 40
ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC _____ 76	UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____ 63	VALTrex 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____ 40
ULTRACET (Use tramadol- acetaminophen) _____ 8	UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____ 63	VALUE PLUS GLUCOSE _____ 19
ULTRAM TABS (Use tramadol hcl) .7	URSO 250 TABS (Use ursodiol) _ 62	VANCOcin CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____ 28
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____ 55	ursodiol CAPS _____ 63	VANCOcin CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____ 28
ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____ 55	ursodiol TABS 250 MG _____ 63	vancomycin hcl CAPS 125 MG ____ 28
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM _____ 72	VABYSMO _____ 87	vancomycin hcl CAPS 250 MG ____ 28
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____ 72	VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____ 100	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG _____ 28
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX5MM _____ 72	valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG __ 40	vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .28
UNIFINE SAFECONTROL PEN	valacyclovir hcl 500 MG _____ 40	vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .28
	VALCHLOR _____ 51	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 1 GM _____ 28
	VALCYTE TABS (Use valganciclovir hcl) _____ 40	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 500 MG _____ 28
	valganciclovir hcl TABS _____ 40	VANDAZOLE _____ 99

VAQTA _____	99	albuterol sulfate) _____	12	doxycycline hyclate) _____	95
varenicline tartrate TABS _____	94	verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG	42	VICTOZA _____	19
varenicline tartrate TBPK _____	94	verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG __	42	VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _	30
VARIVAX INJ _____	99	verapamil hcl TABS _____	42	vigabatrin PACK _____	14
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	27	verapamil hcl TBCR _____	42	vigabatrin TABS _____	14
VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____	25	VERAPAMIL HYDROCHLORIDE ER CP24 (Use verapamil hcl) _____	42	VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____	88
VAXCHORA _____	97	VERELAN CP24 (Use verapamil hcl) 43		VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) . 17	
VAXELIS SUSP _____	95	VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____	43	VIJOICE TBPK _____	79
VAXELIS SUSY _____	95	VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl) _____	43	vilazodone hcl TABS _____	17
VAXNEUVANCE _____	97	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	72	VILTEPSO _____	85
VECAMYL _____	27	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	72	VIMIZIM _____	61
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	31	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	72	vincristine sulfate _____	35
VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)	34	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6MM _____	72	VIRACEPT TABS 250 MG _____	40
VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	43	VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	72	VIRACEPT TABS 625 MG _____	40
VEMLIDY _____	40	VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	72	VIREAD POWD _____	40
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____	31	VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____	40
VENCLEXTA TABS _____	31	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE/32G X 4MM _____	72	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG _____	40
venlafaxine hcl CP24 150 MG ____	17	VERSAFREE SYRP _____	92	VISCO-3 SOSY _____	84
venlafaxine hcl CP24 37.5 MG ____	17	VERSAPLUS SYRP _____	92	VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	88
venlafaxine hcl CP24 75 MG ____	17	VERZENIO _____	34	VISTARIL CAPS (Use hydroxyzine pamoate) _____	9
venlafaxine hcl TABS _____	17	VIBRAMYCIN CAPS (Use		VISTOGARD _____	22
venlafaxine hcl TB24 150 MG ____	17			VISUDYNE _____	88
venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG _____	17			VITAMIN D3 LIQD OR 5000 UNIT/ML _____	100
VENTAVIS _____	43			vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT _____	100
VENTOLIN HFA AERS (Use				VITAMIN E CAPS 200 UNIT _____	100

vitamin e CAPS 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT . 100	VYXEOS _____ 33	XENAZINE (Use tetrabenazine) _ 93
VITAMIN E CHEW _____ 100	WAKIX _____ 1	XENLETA TABS _____ 28
vitamins w/ lipotropics CAPS ____ 83	WALGREENS GLUCOSE _____ 19	XERMELO _____ 63
VITAZYME TABS _____ 82	WALGREENS GLUCOSE CHEW .19	XEROSTOMIA RELIEF SPRAY SOLN _____ 81
VITRAKVI CAPS _____ 34	WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD _____ 48	XGEVA SOLN _____ 59
VITRAKVI SOLN _____ 34	warfarin sodium TABS _____ 12	XIAFLEX _____ 79
VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 58	WELIREG _____ 32	XIGDUO XR 1000 MG-10 MG, 1000 MG-5 MG _____ 18
VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) 62	WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl) _____ 15	XIPERE _____ 88
VIVIMUSTA SOLN _____ 30	WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl) _____ 15	XOLAIR SOAJ _____ 10
VIVITROL _____ 22	WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl) _____ 15	XOLAIR SOLR _____ 10
VIVOTIF _____ 97	WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl) _____ 15	XOLAIR SOSY _____ 10
VIZIMPRO _____ 31	WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl) _____ 15	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____ 12
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) . 51	white petrolatum-mineral oil _____ 86	XOSPATA _____ 34
VONJO _____ 34	WILATE KIT _____ 65	XPOVIO _____ 32
VONVENDI _____ 65	WINDMILL TRAINER MISC _____ 76	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY 32
VOQUEZNA _____ 97	WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML__ 90	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY 32
VORAXAZE _____ 35	XALATAN SOLN (Use latanoprost) 89	XTANDI CAPS _____ 32
VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _ 34	XALKORI CAPS _____ 34	XTANDI TABS _____ 32
VOXZOGO _____ 61	XANAX TABS (Use alprazolam)__ 10	XURIDEN _____ 61
VYNDAMAX _____ 44	XELJANZ SOLN _____ 3	XYNTHA _____ 65
VYNDAQEL _____ 44	XELJANZ TABS _____ 3	XYNTHA SOLOFUSE _____ 65
VYONDYS 53 _____ 85	XELJANZ XR TB24 _____ 3	XYREM SOLN _____ 92
VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin) _____ 24	XELODA (Use capecitabine) _____ 30	XYWAV _____ 92
VYVANSE CAPS _____ 1	XEMBIFY _____ 90	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride) _____ 23
VYVGART _____ 79		YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____ 45

YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	45	ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril) _____	25	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	69
YERVOY _____	31	ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) _____	25	ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	24
YF-VAX INJ _____	99	ZETIA (Use ezetimibe) _____	25	ZOKINVY _____	80
YONDELIS _____	30	ZEVALIN Y-90 _____	31	ZOLADEX _____	32
YONSA _____	32	ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide) _____	27	zoledronic acid CONC _____	59
YUSIMRY _____	4	ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate) _____	40	zoledronic acid SOLN _____	59
YUTIQ _____	88	ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate) _____	40	ZOLEDRONIC ACID SOLN _____	60
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	89	zidovudine CAPS _____	40	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG _____	85
zaleplon 10 MG _____	67	zidovudine SYRP _____	40	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG _____	85
zaleplon 5 MG _____	67	zidovudine TABS _____	40	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG _____	85
ZALTRAP _____	31	ZILRETTA SRER _____	46	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG _____	85
ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	84	zinc oxide (topical) OINT 20 % _____	55	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG _____	85
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide) _____	14	zinc sulfate CAPS _____	78	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG _____	85
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____	14	ZINPLAVA _____	90	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG _____	85
ZARXIO _____	66	ziprasidone hcl _____	36	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG _____	85
ZAVESCA (Use miglustat) _____	66	ZIRABEV _____	31	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG _____	85
ZEJULA CAPS _____	34	ZITHROMAX PACK (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG _____	85
ZELBORAF _____	34	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG _____	85
ZEMAIRA SOLR 1000 MG _____	94	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG _____	85
ZEMAIRA SOLR 4000 MG _____	94	ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG _____	85
ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) _____	61	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG _____	85
ZEPZELCA _____	30	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) _____	69	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG _____	85
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27			ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG _____	86
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27			ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG _____	86
				ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG _____	86
				ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG _____	86
				ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG _____	86
				ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG _____	86
				ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG _____	86

ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG _____	86	ZORBTIVE SC _____	60
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG _____	86	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	52
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG _____	86	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	52
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG _____	86	ZOVIRAX SUSP (Use acyclovir) ____	41
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG _____	86	ZUBSOLV SUBL _____	8
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG _____	86	ZULRESSO _____	16
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG _____	86	ZYDELIG _____	34
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG _____	86	ZYKADIA TABS _____	34
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG _____	86	ZYLOPRIM (Use allopurinol) ____	64
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG _____	86	ZYNLONTA _____	31
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG _____	86	ZYPREXA RELPREVV _____	37
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG _____	86	ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine) _____	37
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG _____	86	ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine) _____	37
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG _____	86	ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine) _____	37
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG _____	86	ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl) _____	23
ZOLINZA _____	34	ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) _____	24
zolmitriptan SOLN 5 MG _____	77	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) . _	23
zolmitriptan TABS _____	77	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl) ____	24
zolmitriptan TBDP _____	77	ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use cetirizine-pseudoephedrine) __	49
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	17	ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine)_____	49
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYTIGA (Use abiraterone acetate) _	32
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17		
zolpidem tartrate TABS _____	67		
ZOMIG SOLN (Use zolmitriptan) __	77		
ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan) _____	77		
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	14		
zonisamide CAPS _____	14		