

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Límites de dispensación

La farmacia puede entregarle un suministro de hasta 31 días de cada nueva receta o resurtido. Puede haber algún medicamento, como Depo-Provera, que se administra una vez y dura 84 días. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos FP-PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

### Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

### Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la FP-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en el **Formulario de Autorización previa de medicamentos**. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://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](http://www.covermymeds.com).

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

### Terapia escalonada

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

### Límites de cantidad

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

### Solicitudes de necesidad médica

Sólo los medicamentos que se listan en la FP-PDL están cubiertos para mujeres en planificación familiar. Si necesita un medicamento que no está en la FP-PDL, su médico puede presentar una solicitud de PA para el medicamento por necesidad médica (MN, por sus siglas en inglés). Hay medicamentos en la FP-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-FP. Para medicamentos que no están en la FP-PDL, Peach State Health Plan requiere:

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

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

### Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

### Exclusiones

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

### Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

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

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

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

### **Medicamentos de venta libre**

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

### **Medicamentos genéricos**

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

### **Surtir una receta**

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

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

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

### **Copagos**

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

**Información del contacto**

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

<b>ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Definiciones de niveles</b>
<i>P</i>	Medicamento preferido
<b>REQUISITOS o LÍMITES</b>	
<b>Requisito/Límites</b>	<b>Descripción del requisito/límite</b>
<i>AL</i>	<b>Límite de edad:</b> El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	<b>Autorización previa:</b> Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	<b>Límite de cantidad:</b> 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 <b>tanto con o sin receta</b>
<i>SP</i>	<b>Medicamento de especialidad:</b> 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>	<b>Terapia escalonada:</b> Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.
<b>DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS</b>	
<b>Nombre de la edición</b>	<b>Descripción de la edición</b>
<i>Opioide</i>	Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene

	<p>antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis diaria máxima = 50 MME **</li> <li>• Suministro máximo de días = 7 días</li> <li>• Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada</li> </ul> <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  <b>EXCEPCIONES:</b> Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliados(as) menores de 18 años</li> <li>• Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo</li> </ul>

### ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

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

<b>Forma de dosis</b>	<b>Descripción de la forma de dosis</b>
<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
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Aminoglucósidos		
<i>neomycin sulfate TABS</i>	P	
ZEMDRI	P	PA
<b>ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares</b>		
Combinaciones de opioides		
<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	QL(180 ml al día); 2 suministros máx. cada 30 días de venta al por menor
<b>PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón</b>		
Esteroides rectales		
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	P	PA; RX/OTC
<b>ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos</b>		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P	
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día; 90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<i>DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole)</i>	NP	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	
<i>DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>DIFLUCAN TABS 50 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>TOLSURA CAPS</i>	P	PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS</i>	P	
<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
Lipopéptidos cíclicos		
<i>daptomycin</i>	P	PA
<i>DAPTOMYCIN (Use daptomycin)</i>	NP	PA
<i>DAPTOMYCIN</i>	P	PA



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>Lincosamidas</b>		
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use <i>clindamycin hcl</i> )	NP	
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> )	NP	QL(300 ml por surtido al por menor)
<i>clindamycin hcl</i> 150 MG, 300 MG	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ml por surtido al por menor)
<b>Monobactámicos</b>		
AZACTAM (Use <i>aztreonam</i> )	NP	PA
<i>aztreonam</i>	P	PA
<b>Polimixinas</b>		
<i>colistimethate sodium</i>	P	PA
COLY-MYCIN M (Use <i>colistimethate sodium</i> )	NP	PA
<b>ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales</b>		
<b>Medicamentos contra el CMV</b>		
GANCICLOVIR SOLN	P	PA
PREVYMIS SOLN	P	PA
PREVYMIS TABS	P	PA
<b>Medicamentos contra el herpes</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> SUSP	P	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS OR 400 MG	P	QL(3 cada día)
<i>acyclovir</i> TABS OR 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> 1 GM, 1000 MG	P	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> 500 MG	P	QL(2 cada día)
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX SUSP (Use <i>acyclovir</i> )	NP	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias</b>		
<b>Vasodilatadores periféricos</b>		
<i>inositol niacinate</i> CAPS	P	PA
<b>CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
<b>Cefalosporinas de primera generación</b>		
CEFAZOLIN SODIUM/DEXTROSE SOLN 5 %-2 GM/100ML	P	PA
CEFAZOLIN SODIUM SOLN 4 %-1 GM/50ML	P	PA
<i>cephalexin</i> CAPS 250 MG, 500 MG	P	
<i>cephalexin</i> SUSR	P	
<b>Cefalosporinas de segunda generación</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS	P	
<i>cefaclor</i> SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML	P	
<i>cefroxitin sodium</i> IV	P	PA
<i>cefprozil</i> SUSR	P	QL(200 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil</i> TABS	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil</i> TABS	P	QL(20 por surtido al por menor)
<b>Cefalosporinas de tercera generación</b>		
<i>cefdinir</i> CAPS	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir</i> SUSR	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>ceftazidime</i> IV 1 GM, 2 GM, 6 GM	P	PA

Georgia Medicaid Family Planning

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
<b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>			<b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>		
<b>Anticonceptivos combinados - Orales</b>			<b>Anticonceptivos combinados - Orales</b>		
BALCOLTRA (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron)	NP	PA	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)	P	
desogestrel & ethinyl estradiol	P		norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG	P	QL(2 cada día)
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)	P		SEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day))	NP	QL(91 por surtido al por menor)
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)	P		TYBLUME CHEW	P	
drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG	P		YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	
drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG	P	QL(1 cada día)	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 cada día)
ethynodiol diacet & eth estrad	P		<b>Anticonceptivos combinados - transdérmicos</b>		
levonorgestrel & eth estradiol TABS	P		norelgestromin-ethinyl estradiol	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)	P		<b>Anticonceptivos combinados - vaginales</b>		
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG	P	QL(91 por surtido al por menor)	etonogestrel-ethinyl estradiol	P	QL(1 por surtido al por menor)
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron	P	PA	NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic))	NP		<b>Anticonceptivos de emergencia</b>		
norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG	P		levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
norethindrone & eth estradiol	P		PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc))	NP	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
norethindrone acet & eth estra	P		<b>Anticonceptivos de progestina - inyectables</b>		
norethindrone-eth estradiol (triphasic)	P		DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
norgestimate-ethinyl estradiol	P		DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
			DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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	
<b>DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel</b>		
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA ( <i>Use acyclovir topical</i> )	NP	QL(5 gm por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT ( <i>Use acyclovir topical</i> )	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
Corticosteroides - tópicos		
BRYHALI LOTN	P	PA
CORDRAN CREA 0.025 %	P	PA
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD ( <i>Use hydrocortisone (topical)</i> )	NP	PA
CORTIZONE-10/ALOE LIQD ( <i>Use hydrocortisone (topical)</i> )	NP	PA
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA
<i>hydrocortisone (topical) LIQD</i>	P	PA
IMPOYZ CREA	P	PA
LEXETTE FOAM	P	PA
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %</i>	P	PA
MEZPAROX-HC FORTE CREA	P	PA

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

Georgia Medicaid Family Planning

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>ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG ( <i>Use ciprofloxacin hcl</i> )	NP	
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota</b>		
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos</b>		
Cobalaminas		
CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	P	PA
METHYLCOBALAMIN SOLR	P	PA
<i>methylcobalamin SUBL</i>	P	PA
<i>methylcobalamin TBDP</i>	P	PA
Ácido fólico/folatos		
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
Mezclas hematopoyéticas		
ACTIRON	P	PA
FOLI-D TABS	P	PA
FOLVITE-D TABS	P	PA
GENICIN VITA-D TABS ( <i>Use folic acid-cholecalciferol</i> )	NP	PA
HEMATRON-AF	P	PA
HEMAX	P	PA
IRO-PLEX	P	PA
IRO-PLEX	P	PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin</i> TABS	P	QL(28 por surtido al por menor)
<i>clarithromycin</i> TB24	P	QL(14 por surtido al por menor)
<b>Eritromicinas</b>		
E.E.S. GRANULES SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
ERYPED 200 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
ERYPED 400 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
<i>erythromycin</i> base CPEP	P	
<i>erythromycin</i> base TABS	P	
<i>erythromycin</i> base TBEC	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> SUSR	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS	P	
<i>erythromycin stearate</i> TABS 250 MG	P	
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	P	
FEMCAP DEVI	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)
MALE CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 days)
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)
<b>CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS</b>		
<b>Productos homeopáticos</b>		
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA
AVENOC OINT	P	PA
CALENDULA OINT	P	PA
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ICHTHAMMOL ADVANCED DRAWING SALVE OINT	P	PA
NEURAGEN PN OINT	P	PA
PRID OINT	P	PA
TRAUMEEL OINT	P	PA
ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
<b>MULTIVITAMINAS</b>		
<b>Complejo B con ácido fólico</b>		
FOLICA-BE	P	PA
<b>Multivitaminas con hierro</b>		
<i>multiple vitamins w/ iron</i> TABS	P	QL(1 cada día)
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS	P	QL(1 cada día)
<b>Multivitaminas</b>		
ALTRIXA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ESTROFACTORS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FOLCYTEINE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
GENICIN VITA-Q TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MULTI VITAMIN/D-3 TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MULTI VITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
<i>multiple vitamin</i> TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG- 2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	P	PA
NEOMULTIVITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY- VITAMIN DROPS SOLN OR	P	PA
OMNICAP TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN OR	P	PA
ONE DAILY ESSENTIALS TABs	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITA SOLN OR	P	PA
ONE DAILY ESSENTIAL TABs	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	P	PA
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Vitaminas prenatales		
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABs ( <i>Use multiple vitamin</i> )	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL GUMMIES	P	PA
ONE-A-DAY MENS TABS ( <i>Use multiple vitamin</i> )	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	AZESCO TABS	P	PA
QUINTABS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CITRANATAL MEDLEY	P	PA
THERA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	COMPLETE NATAL DHA	P	PA
THEREMS MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CVS PRENATAL GUMMIES 10 MG-17.5 MCG-180 MCG-9 MG-1 MG-10 MCG-9.5 MG-25 MG-2.5 MG-1.9 MG-110 MCG-5 MG-325 MCG-1.4 MCG-35 MG, 15 MG-1.25 MG-400 MCG-200 UNIT-4 MCG-5 MG-2000 UNIT-25 MG-10 MG-7.5 UNIT-1.9 MG-5 MG-35 MG	P	PA
TM-DAILY VITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	DERMACINRX PRETRATE TABS	P	PA
TRUE MULTIVITAMIN TABs	P	QL(1 cada día); RX/OTC	FOLIVANE-OB	P	PA
VITAZYME TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PRENATAL GUMMIES	P	PA
Multivitaminas pediátricas con hierro			PRENATAL MULTI + DHA CAPS	P	PA
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLE R SOLN	P	PA	PRENATAL VITAMINS- MISC	P	RX/OTC
POLY-VI-SOL/IRON SOLN	P	PA	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS	P	PA
POLY-VITE/IRON SOLN	P	PA	PRENATVITE COMPLETE TABS	P	PA
Multivitaminas pediátricas			PRENATVITE PLUS TABs	P	PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR	P	PA	TARON-C DHA	P	PA
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	P	PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WESNATAL DHA COMPLETE	P	PA
ZALVIT TABS	P	PA
ZIPHEX TABS	P	PA
<b>MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales</b>		
Medicamentos de uso nasal - varios		
NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
<b>MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos</b>		
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
AMOXICILLIN SUSR (Use <i>amoxicillin</i> )	NP	
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
Combinaciones de penicilinas		
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; 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 &amp; pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin &amp; 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 &amp; pot clavulanate</i> )	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
<i>nafticillin sodium IV</i>	P	PA
<b>SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine TABS</i>	P	
<b>TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Tetraciclinas		
DORYX TBEC 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use <i>doxycycline hyclate</i> )	NP	PA
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TBEC</i>	P	PA
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>minocycline hcl TB24</i>	P	PA	MENVEO SOLR	P	
MINOLIRA TB24	P	PA	PEDVAX HIB SUSP	P	
<i>tetracycline hcl CAPS</i>	P		PENBRAYA	P	
VIBRAMYCIN CAPS ( <i>Use doxycycline hyclate</i> )	NP		PNEUMOVAX 23	P	
<b>TOXOIDES</b>			PNEUMOVAX 23/1 DOSE	P	
Combinaciones de toxoides			PREVNAR 13	P	
ADACEL SUSP	P		PREVNAR 20	P	
BOOSTRIX SUSP	P		TRUMENBA	P	
BOOSTRIX SUSY	P		TYPHIM VI SOLN	P	
DAPTACEL	P		TYPHIM VI SOSY	P	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P		VAXCHORA	P	
INFANRIX	P		VAXNEUVANCE	P	
KINRIX SUSY	P		VIVOTIF	P	
PEDIARIX SUSY	P		Vacunas derivadas de virus		
PENTACEL	P		ABRYSVO	P	
QUADRACEL SUSP	P		ACAM2000	P	
QUADRACEL SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
TENIVAC INJ	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
VAXELIS SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
<b>VACUNAS</b>			AREXVY	P	
Vacunas bacterianas			DENG VAXIA	P	
ACTHIB SOLR IM	P		ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
BCG VACCINE	P				
BEXSERO	P				
BIOThRAX	P				
HIBERIX SOLR IJ	P				
MENACTRA	P				
MENQUADFI	P				
MENVEO SOLN	P				



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ENGERIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2021-2022	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P		FLUMIST QUADRIVALENT	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2021-2022	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2022-2023	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2021-2022	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2023-2024	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2021-2022 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P		GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)

Georgia Medicaid Family Planning

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
GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)
HAVRIX	P	
HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	P	
IPOL INACTIVATED IPV	P	
IXIARO	P	
JYNNEOS	P	
M-M-R II SOLR	P	
PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
PRIORIX SUSR	P	
PROQUAD SUSR	P	
RBAVERT	P	
RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 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(Hasta 50 años)
STAMARIL SUSR	P	
TICOVAC	P	
TWINRIX SUSY	P	
VAQTA	P	
VARIVAX INJ	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
YF-VAX INJ	P	
<b>PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS</b>		
Productos vaginales varios		
TRIMO-SAN	P	PA
Espermicidas		
ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 gm por surtido al por menor)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM FILM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	
Antiinfecciosos vaginales		
CLEOCIN CREA (Use <i>clindamycin phosphate vaginal</i> )	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 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 CREA</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid Family Planning

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
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA ( <i>Use miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	
VANDAZOLE	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
Estrógenos vaginales		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA

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

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

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

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

ethinyl estradiol) _____	3	POLY-VITA SOLN OR _____	7	RECOMBIVAX HB SUSP _____	11
nystatin TABS _____	1	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR _____	7	RECOMBIVAX HB SUSY _____	11
ofloxacin 300 MG, 400 MG _____	5	POLY-VITE/IRON SOLN _____	7	RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____	4
OMNICAP TABS _____	7	PREHEVBRIO _____	11	ROTARIX SUSP _____	11
OMNIFLEX DIAPHRAGM _____	6	PRENATAL GUMMIES _____	7	ROTARIX SUSR _____	11
ONE DAILY ESSENTIAL TABS ____	7	PRENATAL MULTI + DHA CAPS _	7	ROTATEQ SOLN _____	11
ONE DAILY ESSENTIALS TABS __	7	PRENATAL VITAMINS-MISC ____	7	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	7	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS _____	7	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM _	4
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATVITE COMPLETE TABS _	7	SEASONIQUE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	3
ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATVITE PLUS TABS _____	7	SHINGRIX _____	11
OPTIONS GYNOL II		PREVNAR 13 _____	9	SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	1
VAGINALCONTRACEPTIVE GEL .11		PREVNAR 20 _____	9	SPORANOX PULSEPAK CAPS (Use itraconazole) _____	1
ORTHO-FOLIC CAPS _____	5	PREVYMIS SOLN _____	2	STAMARIL SUSR _____	11
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____	7	PREVYMIS TABS _____	2	sulfadiazine TABS _____	8
PEDIARIX SUSY _____	9	PRID OINT _____	6	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP .....	1
PEDVAX HIB SUSP _____	9	PRIORIX SUSR _____	11	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS .....	1
PENBRAYA _____	9	probenecid _____	5	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS ____	6
penicillin v potassium SOLR _____	8	PROQUAD SUSR _____	11	TARON-C DHA _____	7
penicillin v potassium TABS _____	8	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD .4	4	TDVAX SUSP _____	9
PENTACEL _____	9	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % ____	4	TENIVAC INJ _____	9
permethrin CREA _____	4	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 % .....	4	terbinafine hcl TABS _____	1
permethrin LIQD EX _____	4	QBREXZA _____	4	terconazole vaginal CREA _____	12
PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	3	QUADRACEL SUSP _____	9	terconazole vaginal SUPP _____	12
PNEUMOVAX 23 _____	9	QUADRACEL SUSY _____	9	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT SUSP _____	9
PNEUMOVAX 23/1 DOSE _____	9	QUINTABS TABS _____	7	tetracycline hcl CAPS _____	9
POLY-VI-SOL SOLN OR _____	7	RABAVERT _____	11		
POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____	7	RADIAURA CREA _____	4		



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