

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](http://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](http://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](http://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](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:

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)
<b>Medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL)</b>	\$0.50
<b>Medicamentos que no aparecen en la PDL</b>	
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**

<b>ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Definiciones de niveles</b>
<i>P</i>	Medicamento preferido
<i>NP</i>	Medicamento no 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>	

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"> <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 EXCEPCIONES: 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
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

<b>Forma de dosis</b>	<b>Descripción de la forma de dosis</b>
<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
<b>TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación</b>		
<b>Anfetaminas</b>		
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
<b>Analépticos</b>		
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)
<b>Anorexígenos no anfetamínicos</b>		
PLENITY	NP	
PLENITY WELCOME KIT	NP	
<b>Agentes antiobesidad</b>		
IMCIVREE	P	SP; PA
<b>Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>		
<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
<b>Antagonistas/agonistas inversos del receptor H3 de la histamina</b>		
WAKIX	P	SP; PA
<b>Estimulantes - Otros</b>		
CONCERTA TBCR 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(1 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 noviembre 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 CPCR (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(1800 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(900 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> CPCR	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5 MG/5ML	P	QL(1800 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10 MG/5ML	P	QL(900 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> 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)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS -</b> 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-AATY 1-PEN KIT AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT AJKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT PSKT	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
HADLIMA SOSY	P	SP; PA	ALEVE TABS ( <i>Use naproxen sodium</i> )	NP	OTC; QL(2 cada día)
HULIO AJKT	NP	SP	ANAPROX DS TABS ( <i>Use naproxen sodium</i> )	NP	
HULIO PSKT	NP	SP	CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	RX/OTC
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML	NP	SP	CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	RX/OTC
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML	NP	SP	<i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>	P	
SIMLANDI 1-PEN KIT AJKT	P	SP; PA	<i>diclofenac sodium TBEC</i>	P	
SIMLANDI 2-PEN KIT AJKT	P	SP; PA	<i>etodolac CAPS</i>	P	
YUFLYMA 1-PEN KIT AJKT	NP	SP	<i>etodolac TABS</i>	P	
YUFLYMA 2-PEN KIT AJKT	NP	SP	FELDENE CAPS ( <i>Use piroxicam</i> )	NP	
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT PSKT	NP	SP	<i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>	P	
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP	<i>flurbiprofen TABS</i>	P	
YUSIMRY SC 40 MG/0.8ML	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 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
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 CAPS 25 MG, 50 MG</i>	P	
ACTEMRA SOLN	P	SP; PA	<i>indomethacin SUPP</i>	P	
ACTEMRA SOSY	P	SP; PA	<i>indomethacin SUSP</i>	P	
Agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)			INFANTS ADVIL SUSP ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	OTC
ADVIL TABS ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	OTC	<i>ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML</i>	P	
ALEVE ARTHRITIS TABS ( <i>Use naproxen sodium</i> )	NP	OTC; QL(2 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
<i>ketorolac tromethamine TABS</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años)
LODINE TABS ( <i>Use etodolac</i> )	NP	
<i>meloxicam TABS</i>	P	
MOTRIN CHILDRENS CHEW ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	OTC
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP ( <i>Use ibuprofen</i> )	NP	OTC
<i>nabumetone</i>	P	
NALFON CAPS ( <i>Use fenoprofen calcium</i> )	NP	
NAPROSYN SUSP ( <i>Use naproxen</i> )	NP	
NAPROSYN TABS 500 MG ( <i>Use naproxen</i> )	NP	
<i>naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG</i>	P	
<i>naproxen sodium TABS 220 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>naproxen SUSP</i>	P	
<i>naproxen TABS</i>	P	
NEOPROFEN ( <i>Use ibuprofen lysine</i> )	NP	
<i>piroxicam CAPS</i>	P	
<i>sulindac TABS</i>	P	
TIVORBEX CAPS ( <i>Use 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 ( <i>Use leflunomide</i> )	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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		
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 ( <i>Use 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)
ACETAMINOPHEN SUPP 650 MG	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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG</i>	P	OTC	<i>BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))</i>	NP	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)	<i>diflunisal TABS</i>	P	
INFANTS SILAPAP SOLN OR	P	QL(30 ml por surtido al por menor)	ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC ( <i>Use aspirin</i> )	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC ( <i>Use aspirin</i> )	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	ECOTRIN TBEC ( <i>Use aspirin</i> )	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	<i>salsalate</i>	P	
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	<b>ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares</b>		
TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	Agonistas opioides		
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	<i>codeine sulfate TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
TYLENOL TABS ( <i>Use acetaminophen</i> )	NP	OTC	CODEINE SULFATE TABS	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos			DILAUDID TABS 8 MG ( <i>Use hydromorphone hcl</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
PRIALT	P	SP; PA	DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG ( <i>Use hydromorphone hcl</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
Salicilatos			<i>fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR</i>	P	QL(0.34 cada día)
<i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>	P	OTC	HYDROMORPHONE HCL SUPP	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
<i>aspirin CHEW</i>	P	OTC	<i>hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)	<i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
<i>aspirin TABS 325 MG</i>	P	OTC			
<i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>	P	OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>meperidine hcl SOLN OR 50 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día)	OXYCONTIN T12A	P	QL(2 cada día); PA
<i>meperidine hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	ROXICODONE TABS 30 MG ( <i>Use oxycodone hcl</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
<i>methadone hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 cada día); PA	ROXICODONE TABS 15 MG ( <i>Use oxycodone hcl</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>methadone hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día); PA	<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>morphine sulfate SOLN OR 20 MG/ML, 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ml por surtido al por menor)	Combinaciones de opioides		
<i>morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ml al día)	<i>acetaminophen w/ codeine SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día); AL(AI menos 12 años)
<i>morphine sulfate SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)	<i>acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>acetaminophen w/ codeine TABS 60 MG-300 MG</i>	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	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)
MS CONTIN TBCR ( <i>Use morphine sulfate</i> )	NP	QL(3 cada día)	<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</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>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 CAPS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<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 CONC 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ml por surtido al por menor)			
<i>oxycodone hcl 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 hcl TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>oxycodone w/ acetaminophen SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ml al día)
<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)
PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use <i>oxycodone w/ acetaminophen</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ULTRACET (Use <i>tramadol-acetaminophen</i> )	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<b>Agonistas parcialmente opioides</b>		
BELBUCA FILM	P	PA
BUPRENEX SOLN (Use <i>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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> )	NP	QL(2 cada día); PA
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> )	NP	QL(3 cada día)
ZUBSOLV SUBL	P	PA
<b>ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas</b>		
<b>Andrógenos</b>		
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)
<b>PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón</b>		
<b>Esteroides intrarrectales</b>		
CORTENEMA (Use <i>hydrocortisone (intrarectal)</i> )	NP	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	P	
<b>Combinaciones rectales</b>		
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)
<b>Esteroides rectales</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal))	NP	
hydrocortisone (rectal) EX 1 %	P	QL(454 gm por surtido al por menor); RX/OTC
hydrocortisone (rectal) EX 1 %	NP	RX/OTC
hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %	P	
<b>ANTIÁCIDOS</b>		
Combinaciones de antiácidos		
alum & mag hydrox-simethicone LIQD	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML-400 MG/10ML	P	QL(744 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos - sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML	P	OTC
Antiácidos: bicarbonato		
sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos: sales de calcio		
calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG	P	OTC
TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid))	NP	OTC
TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid))	NF	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid))	NP	OTC
Antiácidos: sales de magnesio		
magnesium oxide TABS 400 MG	P	OTC
<b>ANTELMÍNTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias</b>		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA
EMVERM CHEW	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
<b>MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico</b>		
Nitratos		
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use isosorbide dinitrate)	NP	
isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	
isosorbide mononitrate TABS	P	QL(2 cada día)
isosorbide mononitrate TB24	P	QL(1 cada día)
NITRO-BID OINT	P	
NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)	NP	
nitroglycerin CPCPR	P	
nitroglycerin PT24	P	
nitroglycerin SUBL	P	
NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin)	NP	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad</b>		
Medicamentos ansiolíticos - Varios		
bupirone hcl 7.5 MG, 30 MG	P	QL(3 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>bupirone hcl 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>bupirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 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	
<b>Benzodiazepinas</b>		
<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)
<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)
<b>ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales</b>		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>Antiarrítmicos Tipo I-A</b>		
<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	
<b>Antiarrítmicos Tipo I-B</b>		
<i>mexiletine hcl</i>	P	
<b>Antiarrítmicos Tipo I-C</b>		
<i>flecainide acetate</i>	P	
<i>propafenone hcl TABS</i>	P	
<b>Antiarrítmicos Tipo III</b>		
<i>amiodarone hcl TABS 200 MG</i>	P	
<i>dofetilide</i>	P	
TIKOSYN (Use <i>dofetilide</i> )	NP	
<b>MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares</b>		
<b>Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales</b>		
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR SOAJ	P	SP; PA
XOLAIR SOLR	P	SP; PA
XOLAIR SOSY	P	SP; PA
<b>Medicamentos antiinflamatorios</b>		
<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ml al día)
<b>Broncodilatadores - anticolinérgicos</b>		
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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SPIRIVA HANDHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate)	NP	
tiotropium bromide monohydrate CAPS	P	
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 cada 30 días de venta al por menor)
<b>Moduladores de los leucotrienos</b>		
montelukast sodium CHEW	P	QL(1 cada día)
montelukast sodium PACK	P	QL(1 cada día)
montelukast sodium TABS	P	QL(1 cada día)
SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)
SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)
<b>Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)</b>		
DALIRESP (Use roflumilast)	NP	QL(1 cada día)
roflumilast	P	QL(1 cada día)
<b>Inhalantes con esteroides</b>		
ARNUITY ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 gm al día)
budesonide (inhalation) SUSP	P	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	NP	
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa)	NP	
fluticasone propionate (inhalation) AEPB	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT	P	QL(10.6 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	P	QL(12 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation))	NP	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 gm al día)
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 gm al día)
<b>Simpaticomiméticos</b>		
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	P	QL(6.7 gm por surtido al por menor; 13.4 gm cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	P	QL(8.5 gm por surtido al por menor; 17 gm cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	NP	
albuterol sulfate AERS	P	QL(18 gm por surtido al por menor; 36 gm cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	NP	
albuterol sulfate NEBU 0.083 %	P	QL(12.5 ml al día)
albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML	P	QL(375 ml cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML	P	
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
albuterol sulfate SYRP	P	
albuterol sulfate TABS	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(11 gm por surtido al por menor)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 gm al día)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(10.2 gm por surtido al por menor)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<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 RESPICLICK AEPB	P	QL(1 por surtido al por menor; 2 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 4 años - hasta 18 años)
PROVENTIL HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i> )	NP	
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 por surtido al por menor)
SYMBICORT (Use <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i> )	NP	
<i>terbutaline sulfate TABS</i>	P	
VENTOLIN HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i> )	NP	
XOPENEX HFA (Use <i>levalbuterol tartrate</i> )	NP	QL(0.5 gm al día)
<b>Xantinas</b>		
THEO-24 CP24	P	
<i>theophylline ELIX</i>	P	
<i>theophylline SOLN</i>	P	QL(475 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>theophylline TB12</i>	P	
<i>theophylline TB24</i>	P	
<b>ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre</b>		
<b>Anticoagulantes cumarínicos</b>		
<i>warfarin sodium TABS</i>	P	
<b>Inhibidores directos del factor Xa</b>		
ELIQUIS STARTER PACK TBPk	P	QL(2.47 cada día)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
<b>Heparinas y agentes similares a los heparinoides</b>		
ARIXTRA (Use <i>fondaparinux sodium</i> )	NP	SP; PA
<i>enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML</i>	P	SP
<i>enoxaparin sodium SOSY</i>	P	SP; PA
<i>fondaparinux sodium</i>	P	SP; PA
FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	P	SP; PA
FRAGMIN SOSY	P	SP; PA
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use <i>enoxaparin sodium</i> )	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use <i>enoxaparin sodium</i> )	NP	SP; PA
<b>Inhibidores de la trombina</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS</i>	P	
PRADAXA CAPS (Use <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	NP	
<b>ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>Anticonvulsivantes - benzodiazepinas</b>		
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG ( <i>Use diazepam (anticonvulsant)</i> )	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG ( <i>Use diazepam (anticonvulsant)</i> )	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT PEDIATRIC GEL ( <i>Use diazepam (anticonvulsant)</i> )	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG</i>	NP	
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL</i>	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
KLONOPIN TABS ( <i>Use clonazepam</i> )	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
<b>Anticonvulsivantes - Varios</b>		
BANZEL SUSP ( <i>Use rufinamide</i> )	NP	SP; PA
BANZEL TABS ( <i>Use rufinamide</i> )	NP	SP; PA
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA
<i>carbamazepine CHEW</i>	P	
<i>carbamazepine SUSP</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>carbamazepine TABS</i>	P	
<i>carbamazepine TB12</i>	P	
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
EPIDIOLEX	P	SP; PA
FINTEPLA	P	SP; PA
<i>gabapentin CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
<i>gabapentin SOLN</i>	P	
<i>gabapentin TABS 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>gabapentin TABS 600 MG</i>	P	QL(6 cada día)
KEPPRA XR TB24 ( <i>Use levetiracetam</i> )	NP	Use levetiracetam IR; ST
KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML ( <i>Use levetiracetam</i> )	NP	QL(16 ml al día)
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG ( <i>Use levetiracetam</i> )	NP	QL(4 cada día)
KEPPRA TABS 500 MG ( <i>Use levetiracetam</i> )	NP	QL(6 cada día)
KEPPRA TABS 1000 MG ( <i>Use levetiracetam</i> )	NP	
LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW ( <i>Use lamotrigine</i> )	NP	
LAMICTAL XR TB24 ( <i>Use lamotrigine</i> )	NP	Use lamotrigine IR; ST
LAMICTAL TABS ( <i>Use lamotrigine</i> )	NP	
<i>lamotrigine CHEW</i>	P	
<i>lamotrigine TABS</i>	P	
<i>lamotrigine TB24</i>	P	Use lamotrigine IR; ST
<i>levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ml al día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>levetiracetam TABS 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>	P	
<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST
<i>MYSOLINE (Use primidone)</i>	NP	
<i>NEURONTIN CAPS (Use gabapentin)</i>	NP	QL(9 cada día)
<i>NEURONTIN SOLN (Use gabapentin)</i>	NP	
<i>NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin)</i>	NP	QL(6 cada día)
<i>NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin)</i>	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
<i>TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine)</i>	NP	
<i>TEGRETOL TABS (Use carbamazepine)</i>	NP	
<i>TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine)</i>	NP	
<i>TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(8 cada día)
<i>TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(6 cada día)
<i>TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(3 cada día)
<i>TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate)</i>	NP	QL(6 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine)</i>	NP	
<i>TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine)</i>	NP	
<i>ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)</i>	NP	
<i>zonisamide CAPS</i>	P	
<b>Carbamatos</b>		
<i>felbamate SUSP</i>	P	
<i>felbamate TABS</i>	P	
<i>FELBATOL SUSP (Use felbamate)</i>	NP	
<i>FELBATOL TABS (Use felbamate)</i>	NP	
<b>Moduladores GABA</b>		
<i>GABITRIL (Use tiagabine hcl)</i>	NP	
<i>SABRIL PACK (Use vigabatrin)</i>	NP	SP; PA
<i>SABRIL TABS (Use vigabatrin)</i>	NP	SP; PA
<i>tiagabine hcl</i>	P	
<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
<b>Hidantoinas</b>		
<i>DILANTIN</i>	P	
<i>DILANTIN (Use phenytoin sodium extended)</i>	P	
<i>DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin)</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	P	
phenytoin sodium extended 100 MG	P	
phenytoin sodium SOLN	P	
phenytoin CHEW	P	
phenytoin SUSP	P	
Succinimidas		
ethosuximide CAPS	P	
ethosuximide SOLN	P	
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP	
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP	
Ácido valproico		
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 cada día)
divalproex sodium CSDR	P	QL(8 cada día)
divalproex sodium TB24 500 MG	P	QL(7 cada día)
divalproex sodium TB24 250 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 500 MG	P	QL(7 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
divalproex sodium TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 125 MG	P	QL(2 cada día)
valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML, 500 MG/10ML	P	
valproic acid CAPS	P	
<b>ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión</b>		
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)
mirtazapine TABS 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 cada día)
mirtazapine TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)
mirtazapine TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
mirtazapine TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
Antidepresivos - Varios		
bupropion hcl TABS	P	QL(3 cada día)
bupropion hcl TB12 100 MG	P	QL(4 cada día)
bupropion hcl TB12 150 MG	P	QL(3 cada día)
bupropion hcl TB12 200 MG	P	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

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



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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<b>Medicamentos tricíclicos</b>		
<i>amitriptyline hcl TABS</i>	P	
<i>amoxapine</i>	P	
<i>ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl)</i>	NP	
<i>clomipramine hcl 75 MG</i>	P	
<i>desipramine hcl TABS 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P	
<i>doxepin hcl CAPS</i>	P	
<i>doxepin hcl CONC</i>	P	
<i>imipramine hcl TABS</i>	P	
<i>NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl)</i>	NP	
<i>nortriptyline hcl CAPS</i>	P	
<i>nortriptyline hcl SOLN</i>	P	QL(20 ml al día)
<i>PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl)</i>	NP	
<b>ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre</b>		
<b>Antidiabéticos - Análogos de la amilina</b>		
<i>SYMLINPEN 120 SOPN</i>	P	QL(11 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
<i>SYMLINPEN 60 SOPN</i>	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor); PA
<b>Combinaciones de antidiabéticos</b>		
<i>ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG</i>	P	
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>glipizide-metformin hcl</i>	P	
<i>glyburide-metformin</i>	P	
<i>KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl)</i>	NP	
<i>KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG (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)
<i>SOLQUA 100/33</i>	P	QL(0.6 ml al día); PA
<i>XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl)</i>	NP	
<b>Biguanidas</b>		
<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)
<b>Otros antidiabéticos</b>		
<i>BD GLUCOSE CHEW</i>	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>CVS GLUCOSE</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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)
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 ( <i>Use mifepristone (hyperglycemia)</i> )	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	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)
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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)</b>		
<i>alogliptin benzoate</i>	P	
NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i> )	NP	
ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i> )	NP	QL(1 cada día)
<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
<b>Medicamentos miméticos de incretina</b>		
BYDUREON BCISE AUJ	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
<i>liraglutide</i>	P	QL(0.3 ml al día); PA
TRULICITY SC 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	P	QL(2 ml cada 28 días de venta al por menor); PA
VICTOZA (Use <i>liraglutide</i> )	NP	QL(0.3 ml al día); PA
<b>Insulina</b>		
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP	
ADMELOG SOLN IJ	NP	
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP	
HUMALOG SOLN IJ	NP	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)
HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
NOVOLIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN	NP	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ml al día)
NOVOLIN N RELION SUSP	NP	
NOVOLIN N SUSP	P	QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLIN R RELION SOLN IJ	NP	
NOVOLIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ml cada 30 días de venta al por menor)
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN	NP	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION SUPN	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP	NP	
NOVOLOG MIX 70/30 SUSP	NP	
NOVOLOG PENFILL SOCT	NP	
NOVOLOG RELION SOLN IJ	NP	
NOVOLOG SOLN IJ	NP	
SEMGLEE SOLN	NP	
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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
nateglinide	P	QL(3 cada día)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		
dapagliflozin propanediol	P	QL(1 cada día)
FARXIGA (Use dapagliflozin propanediol)	NP	
FARXIGA	NP	
Sulfonilureas		
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)	NP	QL(4 cada día)
AMARYL 4 MG (Use glimepiride)	NP	QL(2 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	
<b>MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea</b>		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	P	OTC
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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)
<b>ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS</b>		
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
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox)	NP	SP; PA
JADENU TABS (Use deferasirox)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION SOLN	P	SP; PA
deferoxamine mesylate	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEFERERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate)	NP	SP; PA
SM IPECAC SYRUP	P	
VISTOGARD	P	
Antagonistas opioides		
naloxone hcl LIQD	P	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
naloxone hcl SOCT	P	QL(2 ml cada 90 días de venta al por menor)
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML	P	QL(2 ml cada 90 días de venta al por menor)
naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML	P	QL(4 ml cada 90 días de venta al por menor)
naltrexone hcl	P	
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl)	NP	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
VIVITROL	P	SP
<b>ANTIEMÉTICOS - Medicamentos para tratar las náuseas y los vómitos</b>		
Antagonistas de los receptores 5-HT3		
ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML	P	QL(50 ml cada 30 días de venta al por menor)
ondansetron hcl TABS 24 MG	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG	P	QL(2 cada día)
ondansetron TBDP 16 MG	P	
ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG	P	QL(2 cada día)
Antieméticos - anticolinérgicos		
ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl)	NP	OTC; RX/OTC
dimenhydrinate TABS	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE CHEW	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>meclizine hcl CHEW</i>	P	OTC; RX/OTC
<i>meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG</i>	P	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(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)
<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 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
<b>ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias</b>		
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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)
<i>BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>clemastine fumarate TABS 1.34 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS</i>	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		
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(2 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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CLARITIN SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
CLARITIN TABS (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)
fexofenadine hcl TABS 60 MG	P	QL(2 cada día)
fexofenadine hcl TABS 180 MG	P	QL(1 cada día)
levocetirizine dihydrochloride TABS	P	RX/OTC
loratadine SOLN	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
loratadine TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
loratadine TBDP 10 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride)	NP	RX/OTC
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)	NP	QL(1 cada día)
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)
<b>Antihistamínicos - fenotiazinas</b>		
promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML	P	AL(AI menos 2 años)
promethazine hcl SUPP	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
promethazine hcl TABS	P	AL(AI menos 2 años)
<b>Antihistamínicos - piperidinas</b>		
cyproheptadine hcl SYRP	P	
cyproheptadine hcl TABS	P	
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto</b>		
<b>Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina</b>		
EVKEEZA	P	SP; PA
<b>Antihiperlipidémicos - combinaciones</b>		
ezetimibe-simvastatin	P	QL(1 cada día); ST
VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 cada día); ST
<b>Secuestrantes de ácidos biliares</b>		
cholestyramine light PACK	P	
cholestyramine light POWD	P	
cholestyramine PACK	P	
cholestyramine POWD	P	
COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl)	NP	
COLESTID GRAN (Use colestipol hcl)	NP	
COLESTID TABS (Use colestipol hcl)	NP	
colestipol hcl GRAN	P	
colestipol hcl TABS	P	
QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light)	NP	
QUESTRAN PACK (Use cholestyramine)	NP	
QUESTRAN POWD (Use cholestyramine)	NP	
<b>Derivados del ácido fólico</b>		



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate micronized 67 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fenofibrate TABS 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fenofibrate TABS 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)
FENOFIBRATE TABS	P	QL(1 cada día)
<i>gemfibrozil TABS</i>	P	QL(2 cada día)
LOPID TABS ( <i>Use 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 ( <i>Use rosuvastatin calcium</i> )	NP	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
LIPITOR TABS ( <i>Use 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	Intente usar 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 ( <i>Use simvastatin</i> )	NP	QL(1 cada día)
Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol		
<i>ezetimibe</i>	P	ST
ZETIA ( <i>Use 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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>niacin (antihyperlipidemic) TABS</i>	P	
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR</i>	P	
NIASPAN TBCR 1000 MG ( <i>Use 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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial</b>		
Inhibidores de la ECA		
ACCUPRIL ( <i>Use quinapril hcl</i> )	NP	
ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG ( <i>Use ramipril</i> )	NP	QL(2 cada día)
<i>benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>benazepril hcl 40 MG</i>	P	QL(2 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 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>lisinopril TABS 2.5 MG</i>	P	QL(1 cada día)
LOTENSIN 10 MG, 20 MG ( <i>Use benazepril hcl</i> )	NP	QL(1 cada día)
LOTENSIN 40 MG ( <i>Use benazepril hcl</i> )	NP	QL(2 cada día)
<i>quinapril hcl</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>ramipril CAPS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trandolapril 4 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>trandolapril 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(1 cada día)
VASOTEC TABS (Use <i>enalapril maleate</i> )	NP	QL(2 cada día)
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use <i>lisinopril</i> )	NP	QL(1 cada día)
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>lisinopril</i> )	NP	QL(2 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)
<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>telmisartan</i>	P	QL(1 cada día)
<i>valsartan TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Antihipertensivos antiadrenérgicos		
CARDURA (Use <i>doxazosin mesylate</i> )	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clonidine hcl TABS</i>	P	
<i>doxazosin mesylate</i>	P	
<i>guanfacine hcl</i>	P	
<i>methyldopa TABS</i>	P	
MINIPRESS CAPS (Use <i>prazosin hcl</i> )	NP	
<i>prazosin hcl CAPS</i>	P	
<i>terazosin hcl</i>	P	
Combinación de antihipertensivos		
ACCURETIC 25 MG-20 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(2 cada día)
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(4 cada día)
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(3 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 &amp; chlorthalidone</i>	P	QL(2 cada día)
AVALIDE (Use <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(1 cada día)
AZOR (Use <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> )	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
BENICAR HCT (Use <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> )	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	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>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	P		<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	MICARDIS HCT (Use <i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(1 cada día)
DIOVAN HCT (Use <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(1 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	QL(2 cada día)	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
EXFORGE (Use <i>amlodipine besylate-valsartan</i> )	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
EXFORGE HCT (Use <i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	NP	Use losartan o irbesartan; ST	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
HYZAAR (Use <i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(1 cada día)	<i>telmisartan-amlodipine</i>	P	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(1 cada día)	TENORETIC 100 (Use <i>atenolol &amp; chlorthalidone</i> )	NP	QL(2 cada día)
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)	TENORETIC 50 (Use <i>atenolol &amp; chlorthalidone</i> )	NP	QL(2 cada día)
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P	
LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i> )	NP	QL(1 cada día)	TRIBENZOR (Use <i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> )	NP	Use losartan o irbesartan; ST
			<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
Antihipertensivos - varios		
VECAMYL	P	SP; PA
Vasodilatores		
hydralazine hcl TABS	P	
minoxidil 10 MG	P	QL(10 cada día)
minoxidil 2.5 MG	P	QL(3 cada día)
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS</b> - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
metronidazole TABS	P	
trimethoprim TABS	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 IV 1 GM, 1000 MG	P	QL(14 por surtido al por menor)
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 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)
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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>clindamycin hcl 150 MG, 300 MG</i>	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ml por surtido al por menor)
Monobactámicos		
CAYSTON	P	SP; PA
Oxazolidinonas		
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA
Pleuromutilinas		
XENLETA TABS	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios		
<i>MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro)</i>	NP	
<i>MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal)</i>	NP	
<i>methenamine mandelate 0.5 GM, 1 GM</i>	P	
<i>nitrofurantoin</i>	P	QL(40 ml al día)
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	P	
<b>ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)</b>		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Antimaláricos		
<i>chloroquine phosphate TABS 250 MG</i>	P	
<i>chloroquine phosphate TABS 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>DARAPRIM (Use pyrimethamine)</i>	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 MG</i>	P	
KRINTAFEL	P	QL(2 cada 30 días de venta al por menor)
<i>mefloquine hcl</i>	P	
<i>PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate)</i>	NP	
<i>primaquine phosphate TABS</i>	P	
<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate)</i>	NP	
<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
SOVUNA 200 MG	P	
<b>MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS</b>		
Medicamentos antimiasténicos/colinérgicos		
<i>MESTINON TIMESPAN TBCR (Use pyridostigmine bromide)</i>	NP	
<i>MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide)</i>	NP	
<i>pyridostigmine bromide TABS 60 MG</i>	P	
<i>pyridostigmine bromide TBCR</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)</b>		
Agentes antimicobacterianos		
<i>ethambutol hcl TABS</i>	P	
<i>isoniazid SYRP</i>	P	
<i>isoniazid TABS</i>	P	
<i>MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl)</i>	NP	
<i>MYCOBUTIN (Use rifabutin)</i>	NP	
<i>pyrazinamide</i>	P	
<i>rifabutin</i>	P	
<i>rifampin CAPS</i>	P	
TRECTOR	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer</b>		
Medicamentos alquilantes		
ALKERAN IV (Use <i>melfhalan hcl</i> )	NP	SP; PA
ALKERAN (Use <i>melfhalan</i> )	NP	
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 (Use <i>cyclophosphamide</i> )	NP	SP; PA
<i>cyclophosphamide SOLN</i>	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN (Use <i>cyclophosphamide</i> )	NP	SP; PA
<i>cyclophosphamide SOLR IJ</i>	P	SP; PA
EVOMELA IV	P	SP; PA
KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
LEUKERAN	P	
<i>melfhalan</i>	P	
<i>melfhalan hcl IV</i>	P	SP; PA
MYLERAN TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<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	
<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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>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
<b>Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis</b>		
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
ZALTRAP	P	SP; PA
ZIRABEV	P	SP; PA
<b>Antineoplásicos - anticuerpos</b>		
ADCETRIS	P	SP; PA
ARZERRA	P	SP; PA
BAVENCIO	P	SP; PA
BESPONSA	P	SP; PA
BLENREP	P	SP; PA
BLINCYTO	P	SP; PA
DARZALEX	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<b>Antineoplásicos - agentes anti-HER2</b>		
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
<b>Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
VENCLEXTA STARTING PACK TBPB	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
TAGRISO	P	SP; PA
TARCEVA 100 MG, 150 MG ( <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
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
ZOLADEX	P	SP; PA
ZYTIGA (Use abiraterone acetate)	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 (Use <i>daunorubicin hcl</i> )	NP	SP; PA
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 50 MG/10ML	P	SP; PA
ELLENCESOLN	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 2 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA
VALSTAR (Use <i>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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 (Use <i>everolimus</i> )	NP	SP; PA
AFINITOR TABS (Use <i>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
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>dasatinib</i>	P	SP; PA
<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA
<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
FOTIVDA	P	SP; PA	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	P	SP; PA
FYARRO	P	SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
GAVRETO	P	SP; PA	RETEVMO CAPS	P	SP; PA
GLEEVEC ( <i>Use imatinib mesylate</i> )	NP	SP; PA	<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA
IBRANCE CAPS	P	SP; PA	ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA
IBRANCE TABS	P	SP; PA	RUBRACA	P	SP; PA
ICLUSIG	P	QL(1 cada día); SP; PA	RYDAPT	P	SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA	SCEMBLIX 100 MG	P	SP
<i>imatinib mesylate</i>	P	SP; PA	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA	<i>sorafenib tosylate</i>	P	SP; PA
IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	SPRYCEL ( <i>Use dasatinib</i> )	NP	SP; PA
INREBIC	P	SP; PA	STIVARGA	P	SP; PA
ISTODAX SOLR ( <i>Use romidepsin</i> )	NP	SP; PA	<i>sunitinib malate</i>	P	SP; PA
JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA	SUTENT ( <i>Use sunitinib malate</i> )	NP	SP; PA
KISQALI	P	SP; PA	TABRECTA	P	SP; PA
KOSELUGO	P	SP; PA	TAFINLAR CAPS	P	SP; PA
KYPROLIS	P	SP; PA	TALZENNA	P	SP; PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA	TASIGNA	P	SP; PA
LORBRENA	P	SP; PA	TAZVERIK	P	SP; PA
LUMAKRAS	P	SP; PA	<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA
LYNPARZA TABS	P	QL(4 cada día); SP; PA	TIBSOVO	P	SP; PA
MEKINIST TABS	P	SP; PA	TORISEL ( <i>Use temsirolimus</i> )	NP	SP; PA
MEKTOVI	P	SP; PA	TURALIO	P	SP; PA
NERLYNX	P	SP; PA	TYKERB ( <i>Use lapatinib ditosylate</i> )	NP	SP; PA
NEXAVAR ( <i>Use sorafenib tosylate</i> )	NP	SP; PA	VELCADE SOLR IJ ( <i>Use bortezomib</i> )	NP	SP; PA
NINLARO	P	SP; PA	VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA	VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
PEMAZYRE	P	SP; PA	VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	P	SP; PA	VONJO	P	SP; PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	P	SP; PA	VOTRIENT ( <i>Use pazopanib hcl</i> )	NP	SP; PA
			XALKORI CAPS	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
XOSPATA	P	SP; PA
ZEJULA CAPS	P	SP; PA
ZELBORAF	P	SP; PA
ZOLINZA	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas		
ASPARLAS	P	SP; PA
ONCASPAS	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA
Radiofármacos antineoplásicos		
AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
Antineoplásicos varios		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
ALFERON N	P	SP; PA
<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA
<i>bexarotene</i>	P	SP; PA
HYDREA (Use <i>hydroxyurea</i> )	NP	
<i>hydroxyurea</i>	P	
INTRON A SOLR 10000000 UNIT	P	SP; PA
MATULANE	P	SP; PA
PHOTOFRIN	P	SP; PA
PROLEUKIN	P	SP; PA
SYNRIBO	P	SP; PA
TARGRETIN (Use <i>bexarotene</i> )	NP	SP; PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	P	SP; PA
TRISENOX (Use <i>arsenic trioxide</i> )	NP	SP; PA
Coadyuvantes quimioterapéuticos		
KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PARTICLES	P	SP; PA
<i>vincristine sulfate</i>	P	SP; PA
Medicamentos virales oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (Use <i>irinotecan hcl</i> )	NP	SP; PA
HYCAMTIN CAPS	P	SP; PA
HYCAMTIN SOLR (Use <i>topotecan hcl</i> )	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (Use <i>topotecan hcl</i> )	NP	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLR</i>	P	SP; PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson</b>		
Terapia adyuvante antiparkinsoniana		
<i>carbidopa</i>	P	
LODOSYN (Use <i>carbidopa</i> )	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
<i>benztropine mesylate TABS</i>	P	
<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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 (Use <i>bromocriptine mesylate</i> )	NP	
PARLODEL TABS (Use <i>bromocriptine mesylate</i> )	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use <i>carbidopa-levodopa</i> )	NP	
Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminoxidasa		
<i>selegiline hcl CAPS</i>	P	
<i>selegiline hcl TABS</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo</b>		
Medicamentos antimaníacos		
<i>lithium</i>	P	
<i>lithium carbonate CAPS</i>	P	
<i>lithium carbonate TABS</i>	P	
<i>lithium carbonate TBCR</i>	P	
LITHOBID TBCR (Use <i>lithium carbonate</i> )	P	
Antipsicóticos - varios		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
GEODON (Use ziprasidone hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
LATUDA (Use lurasidone hcl)	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)
<b>Benzisoxazolas</b>		
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA
INVEGA TRINZA	P	SP; PA
PERSERIS PRSY	P	SP; PA
RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres)	NP	SP; PA
RISPERDAL SOLN (Use risperidone)	NP	QL(4 ml al día); AL(AI menos 5 años)
RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone)	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)
<b>Butirofenonas</b>		
HALDOL DECANOATE 100 (Use haloperidol decanoate)	NP	
HALDOL DECANOATE 50 (Use haloperidol decanoate)	NP	

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
<b>Dihidroindolonas</b>		
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)
<b>Fenotiazinas</b>		
<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>fluphenazine hcl TABS</i>	P	
<i>perphenazine TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>prochlorperazine</i>	P	
<i>prochlorperazine maleate TABS</i>	P	
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 cada día)
<i>trifluoperazine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<b>Derivados de quinolinonas</b>		
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)
<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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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 300 MG (Use <i>lamivudine</i> )	NP	QL(1 cada día)
EPIVIR TABS 150 MG (Use <i>lamivudine</i> )	NP	QL(2 cada día)
EPZICOM (Use <i>abacavir sulfate-lamivudine</i> )	NP	QL(1 cada día)
<i>etravirine 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>etravirine 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS</i>	P	QL(4 cada día)
FUZEON SOLR	P	SP; PA
GENVOYA	P	QL(1 cada día)
INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)
INTELENCE 100 MG (Use <i>etravirine</i> )	NP	QL(4 cada día)
INTELENCE 200 MG (Use <i>etravirine</i> )	NP	QL(2 cada día)
ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 cada día)
ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)
ISENTRESS PACK	P	QL(2 cada día)
ISENTRESS TABS	P	QL(2 cada día)
JULUCA	P	QL(1 cada día)
KALETRA SOLN (Use <i>lopinavir-ritonavir</i> )	NP	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use <i>lopinavir-ritonavir</i> )	NP	QL(6 cada día)
KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use <i>lopinavir-ritonavir</i> )	NP	QL(4 cada día)
<i>lamivudine SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>lamivudine TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>lamivudine TABS 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	P	QL(2 cada día)
LEXIVA SUSP	P	QL(56 ml al día)
LEXIVA TABS (Use <i>fosamprenavir calcium</i> )	NP	QL(4 cada día)
<i>lopinavir-ritonavir SOLN</i>	P	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>maraviroc TABS 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>nevirapine SUSP</i>	P	QL(40 ml al día)
<i>nevirapine TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>nevirapine TB24 400 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nevirapine TB24 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
NORVIR CAPS	P	QL(12 cada día)
NORVIR SOLN	P	QL(15 ml al día)
NORVIR TABS (Use <i>ritonavir</i> )	NP	QL(12 cada día)
ODEFSEY	P	
PIFELTRO	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
PREZCOBIX	P	QL(1 cada día)	<i>tenofovir disoproxil fumarate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
PREZISTA SUSP	P	QL(12 ml al día); ST	TIVICAY TABS 50 MG	P	QL(2 cada día)
PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST	TRIUMEQ TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 cada día); ST	TRIZIVIR	P	QL(2 cada día)
PREZISTA TABS 800 MG (Use <i>darunavir</i> )	NP	QL(1 cada día); ST	TROGARZO	P	SP; PA
PREZISTA TABS 600 MG (Use <i>darunavir</i> )	NP	QL(2 cada día); ST	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> )	P	QL(1 cada día)
RETROVIR CAPS (Use <i>zidovudine</i> )	NP	QL(6 cada día)	TYBOST	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
RETROVIR SYRP (Use <i>zidovudine</i> )	NP	QL(60 ml al día)	VIRACEPT TABS 625 MG	P	QL(4 cada día)
REYATAZ CAPS 300 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i> )	NP		VIRACEPT TABS 250 MG	P	QL(9 cada día)
REYATAZ CAPS 200 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i> )	NP	QL(2 cada día)	VIREAD POWD	P	QL(240 gm cada 30 días de venta al por menor)
REYATAZ PACK	P	QL(6 cada día)	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
<i>ritonavir TABS</i>	P	QL(12 cada día)	VIREAD TABS (Use <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	NP	QL(1 cada día)
RUKOBIA	P	PA	ZIAGEN SOLN (Use <i>abacavir sulfate</i> )	NP	QL(30 ml al día)
SELZENTRY SOLN	P	QL(35 ml al día)	ZIAGEN TABS (Use <i>abacavir sulfate</i> )	NP	QL(2 cada día)
SELZENTRY TABS 300 MG (Use <i>maraviroc</i> )	NP	QL(4 cada día)	<i>zidovudine CAPS</i>	P	QL(6 cada día)
SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)	<i>zidovudine SYRP</i>	P	QL(60 ml al día)
SELZENTRY TABS 150 MG (Use <i>maraviroc</i> )	NP	QL(2 cada día)	<i>zidovudine TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>stavudine CAPS</i>	P	QL(2 cada día)	Combinaciones antivirales		
STRIBILD	P	QL(1 cada día)	PAXLOVID 100 MG-150 MG	P	
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use <i>efavirenz</i> )	NP	QL(2 cada día)	Medicamentos contra el CMV		
SUSTIVA CAPS 200 MG (Use <i>efavirenz</i> )	NP	QL(1 cada día)	LIVTENCITY	P	SP; PA
SYMFI (Use <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i> )	NP	QL(1 cada día)	PREVYMIS SOLN	P	SP; PA
SYMFI LO (Use <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i> )	NP	QL(1 cada día)	PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA
			VALCYTE TABS (Use <i>valganciclovir hcl</i> )	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>valganciclovir hcl TABS</i>	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
<i>ribavirin (hepatitis c) CAPS</i>	P	SP; PA
<i>ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG</i>	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		
<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS OR 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>acyclovir TABS OR 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>famciclovir</i>	P	
<i>valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG</i>	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl 500 MG</i>	P	QL(2 cada día)
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(2 cada día)
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
ZOVIRAX SUSP (Use <i>acyclovir</i> )	NP	QL(400 ml cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra la gripe		
<i>oseltamivir phosphate CAPS 30 MG</i>	P	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>labetalol hcl TABS 200 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>labetalol hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>pindolol TABS</i>	P	
Betabloqueadores cardio-selectivos			<i>propranolol hcl CP24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>acebutolol hcl CAPS</i>	P		<i>propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML</i>	P	
<i>atenolol TABS</i>	P	QL(2 cada día)	<i>propranolol hcl TABS</i>	P	
<i>bisoprolol fumarate</i>	P	QL(1 cada día)	<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	P	QL(2 cada día)
<i>LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate)</i>	NP	QL(4.5 cada día)	<i>sotalol hcl TABS 240 MG</i>	P	
<i>LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>timolol maleate TABS</i>	P	
<i>metoprolol succinate TB24 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial</b>		
<i>metoprolol tartrate TABS 100 MG</i>	P	QL(4.5 cada día)	Bloqueadores de los canales de calcio		
<i>metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>amlodipine besylate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>TENORMIN TABS (Use atenolol)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>CALAN SR TBCR 120 MG, 180 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate)</i>	NP	QL(4 cada día)	<i>CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads)</i>	NP	QL(1 cada día)
Betabloqueadores no selectivos			<i>CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl)</i>	NP	QL(3 cada día)
<i>BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/afI))</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>diltiazem hcl extended release beads 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
			<i>diltiazem hcl CP12</i>	P	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal</b>		
Glucósidos cardíacos		
<i>digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML</i>	P	
<i>digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG</i>	P	
<i>LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin)</i>	P	
<i>LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin)</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias</b>		
Inhibidores de la miosina cardíaca		
<i>CAMZYOS</i>	P	SP; PA
Medicamentos contra la impotencia		
<i>BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>IFE-BIMIX 30/1 SOLN</i>	P	PA
<i>SUPER BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>SUPER TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
<i>TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
Vasodilatadores prostaglandínicos		
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA
<i>FLOLAN (Use epoprostenol sodium)</i>	NP	SP; PA
<i>ORENITRAM TBCR</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO REFILL KIT SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO STARTER KIT SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>VELETRI (Use epoprostenol sodium)</i>	NP	SP; PA
<i>VENTAVIS</i>	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - antagonistas de los		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
receptores de la endotelina		
<i>ambrisentan</i>	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>bosentan TABS</i>	P	SP; PA
LETAIRIS (Use <i>ambrisentan</i> )	NP	QL(1 cada día); SP; PA
TRACLEER TABS (Use <i>bosentan</i> )	NP	SP; PA
TRACLEER TBSO	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - inhibidores de la fosfodiesterasa		
ADCIRCA TABS (Use <i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> )	NP	SP; PA
REVATIO SOLN (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )	NP	SP; PA
REVATIO SUSR (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )	NP	SP; PA
REVATIO TABS (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )	NP	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<b>CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
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)
<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)
<b>PRODUCTOS QUÍMICOS</b>		
Productos químicos a granel - O's		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
OMEPRAZOLE	P	PA
Productos químicos a granel - P's		
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA
<b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>		
Anticonceptivos combinados - Orales		
<i>desogestrel &amp; 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 &amp; eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)
GENERESS FE (Use <i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe</i> )	NP	
<i>levonorgestrel &amp; 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	
<i>norethin acet &amp; estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>norethindrone &amp; eth estradiol</i>	P	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>norethindrone acet &amp; eth estra TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 &amp; 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		
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		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ml por surtido al por menor)
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)
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM	P	QL(1 ml por surtido al por menor)
<b>Anticonceptivos de progestina - orales</b>		
norethindrone (contraceptive)	P	
OPILL	P	
<b>CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica</b>		
<b>Glucocorticosteroides</b>		
CORTEF TABS (Use hydrocortisone)	NP	
CORTISONE ACETATE TABS	P	
deflazacort SUSP	P	SP; PA
deflazacort TABS	P	SP; PA
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ml cada 30 días de venta al por menor)
dexamethasone ELIX	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
dexamethasone SOLN	P	
dexamethasone TABS	P	
EMFLAZA SUSP (Use deflazacort)	NP	SP; PA
EMFLAZA TABS (Use deflazacort)	NP	SP; PA
hydrocortisone TABS	P	
MEDROL DOSEPAK TBPK (Use methylprednisolone)	NP	
MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone)	NP	
methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG	P	
methylprednisolone TBPK	P	
PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate)	NP	
prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML	P	
prednisolone SOLN	P	
prednisolone TABS	P	
PREDNISON INTENSOL CONC	P	
prednisone SOLN	P	
prednisone TABS	P	
prednisone TBPK	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
<b>Mineralocorticoides</b>		
fludrocortisone acetate TABS	P	
<b>TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>Antitusivos</b>		
<i>benzonatate 200 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)
<i>benzonatate 100 MG</i>	P	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)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use <i>dextromethorphan hbr</i> )	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<b>Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias</b>		
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use <i>pseudoephedrine-ibuprofen</i> )	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>brompheniramine &amp; phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine &amp; pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine &amp; pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	P	AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use <i>loratadine &amp; pseudoephedrine</i> )	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use <i>loratadine &amp; pseudoephedrine</i> )	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>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</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 100 MG/5ML-100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX D TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i> )	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); 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)	<i>promethazine &amp; phenylephrine SYRP</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE/DEXTROMETHORPHAN HYDROBROMIDE SYRP (Use <i>promethazine-dm</i> )	NP	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SYRP</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SOLN</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine w/codeine SYRP</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
<i>loratadine &amp; pseudoephedrine TB12</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-dm SYRP</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine &amp; pseudoephedrine TB24</i>	P	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-phenylephrine-codeine</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años - 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)	<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
MAXI-TUSS PE LIQD	P	AL(Hasta 21 años)			
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i> )	NF				
MUCINEX DM TB12 (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i> )	NP	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin LIQD</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin SYRP</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin TB12 600 MG</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPATOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPATOM CAPS	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i> )	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX TB12 (Use <i>guaifenesin</i> )	NP	QL(40 cada 30 días de venta 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)	<b>Inhalantes respiratorios - varios</b>		
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>	P	
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	<b>Mucolíticos</b>		
ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> )	NP	AL(Hasta 21 años)	<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> )	NP	AL(Hasta 21 años)	<b>DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel</b>		
<b>Expectorantes</b>			<b>Productos contra el acné</b>		
			ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i> )	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
			ACNE MEDICATION 10 LOTN	P	OTC
			ACNE MEDICATION 5 LOTN	P	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide)	NP	RX/OTC	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	P	
<i>benzoyl peroxide BAR</i>	P		<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %</i>	P		<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %</i>	P	
<i>benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %</i>	P		<i>tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	P	QL(20 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
CLEOCIN-T LOTN (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i> )	NP		<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)
CLINDAGEL GEL (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i> )	NP	QL(60 ml por surtido al por menor)	<i>tretinoin GEL 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años)
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<b>Antibióticos tópicos</b>		
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN</i>	P		<i>bacitracin (topical) OINT</i>	P	OTC; QL(30 por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical) SOLN</i>	P		<i>bacitracin zinc OINT</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use <i>benzoyl peroxide</i> )	NP	RX/OTC	CENTANY OINT	P	
ERYGEL GEL (Use <i>erythromycin (acne aid)</i> )	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>gentamicin sulfate (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid) GEL</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>gentamicin sulfate (topical) OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN</i>	P		<i>mupirocin calcium (topical)</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA	<i>mupirocin OINT</i>	P	
KLARON (Use <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> )	NP		<i>neomycin-bacitracin-polymyxin OINT</i>	P	OTC; QL(454 gm por surtido al por menor)
RETIN-A CREA (Use <i>tretinoin</i> )	NP	QL(20 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
RETIN-A GEL 0.025 % (Use <i>tretinoin</i> )	NP	AL(Hasta 35 años)	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> )	NP	OTC; QL(454 por surtido al por menor)
RETIN-A GEL 0.01 % (Use <i>tretinoin</i> )	NP	QL(15 gm por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use <i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i> )	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
			<b>Antifúngicos tópicos</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>clotrimazole (topical) CREA</i>	P	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole (topical) SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 %</i>	P	
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use <i>terbinafine hcl (topical)</i> )	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LAMISIL AT CREA (Use <i>terbinafine hcl (topical)</i> )	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use <i>clotrimazole (topical)</i> )	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
LOTRIMIN AF CREA (Use <i>clotrimazole (topical)</i> )	NP	QL(90 gm por surtido al por menor); RX/OTC
MICATIN CREA (Use <i>miconazole nitrate (topical)</i> )	NP	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate (topical) CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC
<i>nystatin (topical) CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical) OINT</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin (topical) POWD EX</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>nystatin-triamcinolone OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>terbinafine hcl (topical) CREA</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (Use <i>tolnaftate</i> )	NP	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
<i>tolnaftate CREA</i>	P	OTC; QL(30 ml por surtido al por menor)
Antihistamínicos tópicos		
ITCH RELIEF CREA	P	OTC
Agentes antiinflamatorios tópicos		
<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
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use <i>diclofenac sodium (topical)</i> )	NP	QL(6.68 gm al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos		
<i>bexarotene (topical)</i>	P	SP; PA
CARAC CREA	P	
EFUDEX CREA (Use <i>fluorouracil (topical)</i> )	NP	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical) CREA 0.5 %</i>	P	
<i>fluorouracil (topical) CREA 5 %</i>	P	QL(40 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluorouracil (topical) SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
TARGRETIN (Use <i>bexarotene (topical)</i> )	NP	SP; PA
VALCHLOR	P	SP; PA
Antipruriginosos - tópicos		
<i>camphor &amp; menthol LOTN</i>	P	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SARNA LOTN ( <i>Use camphor &amp; menthol</i> )	NP	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
<b>Antipsoriásicos</b>		
<i>calcipotriene CREA</i>	P	
<i>calcipotriene SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
ILUMYA	P	SP; PA
SKYRIZI PEN SOAJ	P	SP; ST; PA
SKYRIZI PSKT	P	SP; PA
SKYRIZI SOSY	P	SP; PA
STELARA SOSY	P	SP; PA
TALTZ SOAJ	P	SP; PA
TALTZ SOSY 80 MG/ML	P	SP; PA
<i>tazarotene CREA</i>	P	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)
<i>tazarotene GEL</i>	P	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC CREA ( <i>Use tazarotene</i> )	NP	QL(2 gm al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC GEL ( <i>Use tazarotene</i> )	NP	QL(6.67 gm al día); AL(Hasta 20 años)
TREMFYA SOAJ	P	SP; PA
TREMFYA SOSY 100 MG/ML	P	SP; PA
<b>Productos antiseborreicos</b>		
OVACE PLUS WASH LIQD ( <i>Use sulfacetamide sodium</i> )	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
OVACE WASH LIQD ( <i>Use sulfacetamide sodium</i> )	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide LOTN 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5 %</i>	P	
<i>selenium sulfide SHAM 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SELSUN BLUE CARE MENS MAXIMUM STRENGTH LOTN ( <i>Use selenium sulfide</i> )	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE DAILY LOTN ( <i>Use selenium sulfide</i> )	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN ( <i>Use selenium sulfide</i> )	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN ( <i>Use selenium sulfide</i> )	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
SELSUN BLUE LOTN ( <i>Use selenium sulfide</i> )	NP	OTC; QL(420 ml por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium LIQD</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
<b>Antivirales - tópicos</b>		
<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)
<b>Productos para quemaduras</b>		
SILVADENE ( <i>Use silver sulfadiazine</i> )	NP	
<i>silver sulfadiazine</i>	P	
<b>Corticosteroides - tópicos</b>		
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i>	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate CREA</i>	P	
<i>betamethasone valerate LOTN</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>betamethasone valerate OINT</i>	P	
<i>clobetasol propionate emollient base 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor)
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use <i>fluocinolone acetonide</i> )	NP	QL(118.28 ml por surtido al por menor)
<i>desonide CREA</i>	P	
<i>desonide OINT</i>	P	QL(2 gm al día)
DESOWEN CREA (Use <i>desonide</i> )	NP	
<i>desoximetasone CREA 0.05 %</i>	P	
<i>desoximetasone CREA 0.25 %</i>	P	QL(2 gm al día)
<i>desoximetasone GEL</i>	P	QL(2 gm al día)
<i>desoximetasone OINT 0.25 %</i>	P	QL(2 gm al día)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 gm por surtido al por menor)
<i>fluocinolone acetonide OIL</i>	P	QL(118.28 ml por surtido al por menor)
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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 por surtido al por menor); RX/OTC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %</i>	P	OTC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %</i>	P	
<i>hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>hydrocortisone (topical) LOTN 1 %</i>	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
<i>hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 %</i>	P	RX/OTC
<i>hydrocortisone butyrate SOLN</i>	P	
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
<i>mometasone furoate CREA</i>	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate OINT</i>	P	QL(45 gm por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i> )	NP	QL(2 gm al día)
TOPICORT CREA 0.05 % (Use <i>desoximetasone</i> )	NP	
TOPICORT GEL (Use <i>desoximetasone</i> )	NP	QL(2 gm al día)
TOPICORT OINT 0.25 % (Use <i>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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 %</i>	P	
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide)	NP	
Medicamentos para el eccema		
ADBRY SOSY	P	SP; PA
CIBINQO	P	SP; PA
Medicamentos emolientes/queratolíticos		
<i>urea CREA 40 %</i>	P	RX/OTC
<i>urea LOTN 40 %</i>	P	
Emolientes		
EMOLLIENT LOTION-MISC	P	RX/OTC
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA</i>	P	QL(385 gm por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %</i>	P	QL(1368 gm por surtido al por menor); RX/OTC
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos inmunosupresores tópicos		
<i>ELIDEL (Use pimecrolimus)</i>	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>pimecrolimus</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>tacrolimus (topical) OINT 0.1 %</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tacrolimus (topical) OINT 0.03 %</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/ vesicantes		
DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
KERALYT GEL	P	OTC
<i>KERALYT GEL (Use salicylic acid)</i>	NP	
<i>podofilox SOLN</i>	P	
<i>salicylic acid GEL 6 %</i>	P	
Anestésicos locales tópicos		
<i>capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %</i>	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>capsaicin CREA 0.1 %</i>	P	OTC; QL(43 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)
<i>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 gm por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 gm al día)
<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)
<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 gm al día)
<i>lidocaine OINT</i>	P	QL(100 gm cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 gm por surtido al por menor)
LMX 4 CREA ( <i>Use lidocaine</i> )	NP	OTC; QL(2 gm al día)
RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA	P	OTC; QL(60 gm por surtido al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
DRYSOL SOLN	P	
<i>lanolin (topical) CREA</i>	P	OTC
<i>lanolin (topical) OINT</i>	P	OTC
LANOLOR CREA	P	OTC
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)
OFF DEEP WOODS DRY AERO	P	OTC; QL(113 gm por surtido al por menor, 226 gm cada 30 días de venta al por menor)
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	NP	
SAWYER INSECT REPELLENT CONTROLLED RELEASE LOTN	NP	
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)
ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN	P	OTC; QL(57 gm por surtido al por menor; 114 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>zinc oxide (topical) OINT 20 %</i>	P	OTC; QL(500 gm por surtido al por menor)
Medicamentos contra la rosácea		
METROCREAM CREA ( <i>Use metronidazole (topical)</i> )	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
METROLOTION LOTN ( <i>Use metronidazole (topical)</i> )	NP	
<i>metronidazole (topical) CREA</i>	P	
<i>metronidazole (topical) GEL 0.75 %</i>	P	QL(45 gm por surtido al por menor)
<i>metronidazole (topical) LOTN</i>	P	
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	OTC
<i>malathion</i>	P	QL(59 ml por surtido al por menor)
NATROBA ( <i>Use spinosad</i> )	NP	Límite mínimo de edad = 6 meses; QL(120 ml por surtido al por menor; 240 ml cada 30 días de venta al por menor)
NIX CREME RINSE LIQD EX ( <i>Use permethrin</i> )	NP	OTC
OVIDE ( <i>Use malathion</i> )	NP	QL(59 ml por surtido al por menor)
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(360 gm por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	OTC
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %-0.33 %, 4 %-0.33 %</i>	P	OTC
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX	P	OTC
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ml cada 14 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>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)
Productos derivados del alquitrán		
<i>coal tar extract SHAM 0.5 %</i>	P	OTC
DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC
DHS TAR SHAM (Use coal tar extract)	NP	OTC
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract)	NP	OTC
Productos para el cuidado de heridas		
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	P	SP; PA
APLIGRAF DISK	P	PA
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML	P	PA
EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM/MESHED	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH	P	PA
MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED	P	PA
NOVACHOR	P	PA
OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX FENESTRATED	P	PA
OASIS WOUND MATRIX	P	PA
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS	P	PA
PROTEXT SUSP	P	PA
PURAPLY 2CM X 4CM	P	PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
PURAPLY 5CM X 5 CM	P	PA
PURAPLY 6CM X 9CM	P	PA
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
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 GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
CHEMSTRIP-K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
CLINITEST RAPID COVID-19ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP	
CONTOUR PLUS BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
COVID-19 AG TEST KIT	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	NP	
CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT	NP	
CVS TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
FASTEP COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)
FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT	P	OTC; QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
FORTISCARE G1 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC	ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	NP	
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT	NP		ONETOUCH ULTRA BLUE TESTSTRIP STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT	NP		ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH ULTRA STRP	P	RX/OTC
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH ULTRA STRP	NP	RX/OTC
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	NP		ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP	P	RX/OTC
IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT	NP		PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	PRECISION XTRA	P	OTC; QL(1 cada día)
KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	PTS PANELS EGLU STRP	NP	RX/OTC
KETONE STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	RAPID SARS-COV-2 ANTIGENTEST CARD KIT	NP	
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	RELION KETONE TEST STRIPS STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)	RELION PLATINUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	NP		RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
			RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SPEEDY SWAB RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT	NP	
TRUE METRIX SELF MONITORING BLOOD GLUCOSE STRIPS STRP	NP	RX/OTC
VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
<b>DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas</b>		
Enzimas digestivas		
CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)
<b>DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial</b>		
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 &amp; hydrochlorothiazide</i> )	NP	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS (Use <i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> )	NP	
MAXZIDE TABS (Use <i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> )	NP	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i>	P	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide TABS</i>	P	
Diuréticos de asa		
<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	
SOAANZ TABS 20 MG	NP	QL(1 cada día)
<i>torseamide 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	
<b>MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas</b>		
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

Georgia Medicaid

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

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 SOSY SC 250 MCG/0.5ML	P	PA
PREGNYL IM	P	PA
PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NAACL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE ( <i>Use cetorelix acetate</i> )	NP	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE ( <i>Use ganirelix acetate</i> )	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
HUMATROPE CART IJ	P	SP; PA
NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA
ZORBTIVE SC	P	SP; PA
Moduladores de los receptores hormonales		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
EVISTA (Use raloxifene hcl)	NP	QL(1 cada día)
raloxifene hcl	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
betaine	P	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA
BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate)	NP	SP; PA
BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate)	NP	SP; PA
calcitriol CAPS	P	
CARBAGLU (Use carginic acid)	NP	SP; PA
carginic acid	P	SP; PA
CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(30 ml al día)
CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(30 ml al día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers))	NP	QL(3 cada día)
cinacalcet hcl	P	SP; PA
CRYSVITA	P	SP; PA
CYSTADANE (Use betaine)	NP	SP; PA
ELAPRASE	P	SP; PA
GALAFOLD	P	QL(0.5 cada día); SP; PA
KANUMA	P	SP; PA
KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride)	NP	SP; PA
KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride)	NP	SP; PA
levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN OR 1 GM/10ML	P	QL(30 ml al día)
levocarnitine (metabolic modifiers) TABS	P	QL(3 cada día)
LUMIZYME	P	SP; PA
MEPSEVII	P	SP; PA
MYALEPT	P	SP; PA
NAGLAZYME	P	SP; PA
NEXVIAZYME	P	SP; PA
nitisinone CAPS	P	SP; PA
NITYR TABS	P	SP; PA
NULIBRY	P	SP; PA
ORFADIN CAPS (Use nitisinone)	NP	SP; PA
ORFADIN SUSP	P	SP; PA
PALYNZIQ	P	SP; PA
paricalcitol SOLN	P	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA
REVCOVI	P	SP; PA
ROCALTROL CAPS (Use calcitriol)	NP	
sapropterin dihydrochloride PACK	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>sapropterin dihydrochloride TABS</i>	P	SP; PA
SENSIPAR (Use <i>cinacalcet hcl</i> )	NP	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate POWD</i>	P	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate TABS</i>	P	SP; PA
STRENSIQ	P	SP; PA
VIMIZIM	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA
ZEMPLAR SOLN (Use <i>paricalcitol</i> )	NP	SP; PA
<b>Péptidos natriuréticos</b>		
VOXZOGO	P	SP; PA
<b>Hormonas de la hipófisis posterior</b>		
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use <i>desmopressin acetate</i> )	NP	SP; PA
DDAVP TABS (Use <i>desmopressin acetate</i> )	NP	QL(6 cada día)
<i>desmopressin acetate spray</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>desmopressin acetate SOLN IJ</i>	P	SP; PA
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA
<i>desmopressin acetate TABS</i>	P	QL(6 cada día)
<b>Medicamentos somatostáticos</b>		
<i>octreotide acetate KIT 20 MG, 30 MG</i>	P	SP; PA
<i>octreotide acetate SOLN</i>	P	SP; PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG, 30 MG (Use <i>octreotide acetate</i> )	NP	SP; PA
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use <i>octreotide acetate</i> )	NP	SP; PA
SIGNIFOR	P	SP; PA
SIGNIFOR LAR	P	SP; PA
<b>Antagonistas de los receptores de la vasopresina</b>		
JYNARQUE TABS	P	SP; PA
JYNARQUE TBPk	P	SP; PA
SAMSCA TABS (Use <i>tolvaptan</i> )	NP	SP; PA
<i>tolvaptan TABS</i>	P	SP; PA
<b>ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal</b>		
<b>Combinaciones de estrógenos</b>		
ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use <i>estradiol &amp; norethindrone acetate</i> )	NP	QL(1 cada día)
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P	
PREMPHASE	P	
PREMPRO	P	
<b>Estrógenos</b>		
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	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 PTTW</i>	P	QL(8 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>estradiol PTWK</i>	P	QL(4 por surtido al por menor)
<i>estradiol TABS</i>	P	
MINIVELLE PTTW ( <i>Use estradiol</i> )	NP	QL(8 por surtido al por menor)
PREMARIN TABS	P	QL(1 cada día)
VIVELLE-DOT PTTW ( <i>Use estradiol</i> )	NP	QL(8 por surtido al por menor)

### FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas

#### Fluoroquinolonas

<i>ciprofloxacin hcl TABS 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 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)

### MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios

#### Antiflatulentos

MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP ( <i>Use simethicone</i> )	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP ( <i>Use simethicone</i> )	NP	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone CHEW 80 MG</i>	P	OTC
<i>simethicone LIQD OR 20 MG/0.3ML</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone SUSP</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)

#### Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 ( <i>Use ursodiol</i> )	NP	QL(7 cada día)
<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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
DELZICOL CPDR (Use mesalamine)	NP	
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
LIALDA TBEC (Use mesalamine)	NP	
mesalamine CP24	P	
mesalamine CPDR	P	
mesalamine ENEM	P	QL(60 ml al día)
mesalamine TBEC	P	
SFROWASA ENEM	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
sulfasalazine TABS	P	
sulfasalazine TBEC	P	
Acidificadores intestinales		
lactulose (encephalopathy)	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS	P	
Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS)		
GATTEX	P	SP; PA
Inhibidores de la triptófano hidroxilasa		
XERMELO	P	SP; PA
<b>MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS - VARIOS - Medicamentos diversos para el tratamiento de problemas del sistema urinario y los órganos reproductores</b>		
Alcalinizadores		
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG	P	
sodium citrate & citric acid	P	QL(500 ml cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
sodium citrate & citric acid	NP	RX/OTC
UROKIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UROKIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
finasteride	P	QL(1 cada día)
FLOMAX (Use tamsulosin hcl)	NP	QL(2 cada día)
PROSCAR (Use finasteride)	NP	QL(1 cada día)
tamsulosin hcl	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use phenazopyridine hcl)	NF	
phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG	P	
PYRIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (Use tiopronin)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (Use tiopronin)	NP	SP; PA
tiopronin TABS	P	SP; PA
tiopronin TBEC	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
DEFLUX	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota</b>		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P	
Medicamentos contra la gota		
<i>allopurinol 100 MG, 300 MG</i>	P	
<i>colchicine TABS</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
COLCRYS TABS ( <i>Use colchicine</i> )	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA
ZYLOPRIM ( <i>Use allopurinol</i> )	NP	
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos</b>		
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
COAGADEX	P	SP; PA
CORIFACT	P	SP; PA
ELOCTATE	P	SP; PA
ESPEROCT	P	SP; PA
FEIBA	P	SP; PA
FIBRYGA	P	SP; PA
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos trombolíticos - varios		
DEFITELIO	P	SP; PA
<b>MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos</b>		
Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA
CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>miglustat</i>	P	SP; PA
ZAVESCA (Use <i>miglustat</i> )	NP	SP; PA
Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
DROXIA CAPS	P	
ENDARI (Use <i>glutamine (sickle cell)</i> )	NP	SP; PA
<i>glutamine (sickle cell)</i>	P	SP; PA
OXBRYTA TABS 500 MG	P	SP; PA
OXBRYTA TBSO	P	SP; PA
SIKLOS TABS	P	PA
Cobalaminas		
<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ml cada 270 días de venta al por menor)
Ácido fólico/folatos		
<i>folic acid TABS 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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
GRANIX SOLN	P	SP; PA
GRANIX SOSY	P	SP; PA
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
MIRCERA	P	SP; PA
MULPLETA	P	SP; PA
NEUPOGEN SOLN	P	SP; PA
NEUPOGEN SOSY	P	SP; PA
NIVESTYM SOLN	P	SP; PA
NIVESTYM SOSY	P	SP; PA
NYVEPRIA	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
PROCRIT	P	SP; PA
RELEUKO SOLN	P	SP; PA
RELEUKO SOSY	P	SP; PA
RETACRIT	P	SP; PA
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		
<i>FER-IN-SOL SOLN (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 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)

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>doxylamine succinate (sleep)</i>	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use <i>diphenhydramine hcl (sleep)</i> )	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS (Use <i>doxylamine succinate (sleep)</i> )	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital ELIX</i>	P	
<i>phenobarbital TABS</i>	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS (Use <i>zolpidem tartrate</i> )	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<i>flurazepam hcl</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HALCION 0.25 MG (Use <i>triazolam</i> )	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>midazolam hcl SOLN IJ</i>	P	
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use <i>temazepam</i> )	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>temazepam 15 MG, 30 MG</i>	P	AL(AI menos 18 años)
<i>triazolam</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zaleplon 5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zaleplon 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>zolpidem tartrate TABS</i>	P	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<b>LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal</b>		
Laxantes a granel		
<i>calcium polycarbophil TABS</i>	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 CAPS 0.52 GM</i>	P	OTC
<i>psyllium POWD 43 %</i>	P	
<i>psyllium POWD 43 %</i>	NP	
<i>psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 %</i>	P	OTC
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 SOLR</i>	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 TABS</i>	P	OTC; QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SENOKOT S TABS ( <i>Use sennosides-docusate sodium</i> )	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>	P	
SUPREP BOWEL PREP KIT ( <i>Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i> )	NP	
<b>Laxantes - varios</b>		
<i>glycerin (laxative) SUPP 2 GM</i>	P	OTC
GLYCERIN ADULT SUPP ( <i>Use glycerin (laxative)</i> )	NP	OTC
<i>lactulose SOLN</i>	P	
MIRALAX POWD ( <i>Use polyethylene glycol 3350</i> )	NP	QL(34 gm al día)
<i>polyethylene glycol 3350 POWD</i>	P	QL(34 gm al día)
SORBITOL OR 70 %	P	OTC
<b>Laxantes salinos</b>		
FLEET ENEMA ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )	NP	OTC
FLEET PEDIATRIC ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )	NP	OTC
FLEET SALINE ENEMA EXTRAVOLUME ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )	NP	OTC
<i>magnesium citrate</i>	P	OTC
<i>magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML</i>	P	OTC; QL(992 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>sodium phosphates ENEM</i>	P	OTC
<b>Laxantes estimulantes</b>		
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
<i>bisacodyl TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC ( <i>Use bisacodyl</i> )	NP	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX SUPP ( <i>Use bisacodyl</i> )	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
DULCOLAX TBEC ( <i>Use bisacodyl</i> )	NP	OTC; QL(1 cada día)
<i>sennosides TABS 8.6 MG</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
SENOKOT TABS ( <i>Use sennosides</i> )	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
<b>Laxantes surfactantes</b>		
COLACE CLEAR CAPS ( <i>Use docusate sodium</i> )	NP	OTC
COLACE CAPS 100 MG ( <i>Use docusate sodium</i> )	NP	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML</i>	P	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRP	P	OTC
<i>docusate sodium TABS</i>	P	OTC
<b>MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
<b>Azitromicina</b>		
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(30 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 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
ZITHROMAX TRI-PAK TABS ( <i>Use azithromycin</i> )	NP	QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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)
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)
<b>Claritromicina</b>		
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)
<b>Eritromicinas</b>		
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	

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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 PLUS/SENOSR/FLASH GLUCOSE MONITOR SYSTEM	NP		ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM 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 REFLECT KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	P	RX/OTC
FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA	SOF-SENSOR	NP	
FREESTYLE LIBRE/READER/FLASH MONITORING SYSTEM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA	TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC
FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	Dispositivos varios		
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP		ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC
GUARDIAN REAL-TIME REPLACEMENT MONITOR PEDIATRIC	NP		Suministros ópticos y oftálmicos		
LANCETS-MISC	P	QL (6.67 cada día); OTC	SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA
LANCING DEVICE-MISC	P	OTC	Suministros para terapia parenteral		
MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC
ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT	NP		AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16"	NP	RX/OTC
ONETOUCH ULTRA 2 KIT	P	RX/OTC	AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32"	NP	RX/OTC
			ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC
			ASSURE ID PRO SAFETY PENNEEDLES 30G X 5MM	NP	RX/OTC
			AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE/31GX5MM	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
AUM PEN NEEDLE/32GX4MM	NP	RX/OTC	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE/32GX6MM	NP		PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX3/16" (5MM)	NP	RX/OTC
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES31GX5/16" (8MM)	NP	RX/OTC
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES32GX5/32" (4MM)	NP	RX/OTC
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 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	RX/OTC	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM	NP	RX/OTC	ULTIGUARD SAFEPACK/TINY PEN NEEDLE/32G X 4MM/SHARPS CONTAINER	NP	RX/OTC
EMBRACE PEN NEEDLES/32G X 4MM	NP	RX/OTC	ULTIGUARD SAFEPACK/TINY PEN NEEDLE/32G X 6MM/SHARPS CONTAINER	NP	
INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC	UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM	NP	RX/OTC
INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC	UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM	NP	RX/OTC
INSUPEN 31G X 5MM	NP	RX/OTC	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX5MM	NP	RX/OTC
INSUPEN 31G X 8MM	NP	RX/OTC	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX8MM	NP	RX/OTC
INSUPEN 32G X 4MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 30GX5MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 31G X 8MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 31GX5MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 31GX8MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 32G X 4MM	NP	RX/OTC			
PEN NEEDLES 32GX4MM	NP	RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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
<b>Suministros para terapia respiratoria</b>		
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
CARETOUCH CPAP MASK WIPES 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
CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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 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
EBASE CONTROLLER KIT MISC	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
EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	MINI WRIGHT AFS PEAK FLOWMETER LOW RANGE	P	RX/OTC
			MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD RANGE	P	RX/OTC	PARI BABY CONVERSION KITSIZE 2 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 BABY CONVERSION KITSIZE 3 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 BUBBLES PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET 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 EXPIRATORY FILTER VALVE SET DEVI	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 MASK SET 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 SMARTMASK BABY/ELBOW 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 SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 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-WAY VALVED INSPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE 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
PANDA MASK LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PEAK A-I-R FLOW METER	P	RX/OTC
PANDA MASK MEDIUM	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PEAK AIR PEAK FLOW METER ADULT/PEDIATRIC	P	RX/OTC
PANDA MASK SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PARI BABY CONVERSION KITSIZE 1 MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PEDIATRIC PANDA MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
			PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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	SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP 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	SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP 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			
REUSABLE COMFORTSEAL MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC			

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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 NBL100 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
<b>PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA - Medicamentos para tratar la migraña</b>		
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)
MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate)	NP	AL(AI menos 18 años)
Agonistas de la serotonina		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
rizatriptan benzoate TBDP	P	QL(0.4 cada día)
sumatriptan	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>sumatriptan succinate</i> SOCT 6 MG/0.5ML	P	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6 MG/0.5ML	P	QL(2.5 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan</i> SOLN 5 MG	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>zolmitriptan</i> TABS	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>zolmitriptan</i> TBDP	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)
<b>MINERALES Y ELECTROLITOS</b>		
<b>Calcio</b>		
CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> 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	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> TABS 200 UNIT-200 UNIT-500 MG-500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG	P	OTC
<i>calcium carbonate-vitamin d</i> TABS 600 MG-200 UNIT	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate-vitamin d</i> TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT	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
<b>Mezclas de electrolitos</b>		
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)
FT ELECTROLYTE SOLUTION SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
GOODSENSE ELECTROLYTE ADVANTAGE CARE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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)
ORALYTE SOLN	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)
<b>Flúor</b>		
<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
SOLUVITA SOLN	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
<b>Magnesio</b>		
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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>penicillamine TABS</i>	P	
SYPRINE ( <i>Use trientine hcl</i> )	NP	SP; PA
<i>trientine hcl 500 MG</i>	P	SP
<i>trientine hcl 250 MG</i>	P	SP; PA
<b>Enzimas</b>		
XIAFLEX	P	SP; PA
<b>Medicamentos contra la incontinencia fecal</b>		
SOLESTA	P	SP; PA
<b>Inmunomoduladores</b>		
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA
REVLIMID	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
<b>Medicamentos inmunosupresores</b>		
ATGAM IV 50 MG/ML	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	P	
<i>sirolimus SOLN</i>	P	
<i>sirolimus TABS</i>	P	
<i>tacrolimus CAPS</i>	P	
THYMOGLOBULIN	P	SP; PA
<b>Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos</b>		
SYLVANT	P	SP; PA
<b>Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS)</b>		
VIJOICE TBPK	P	SP; PA
<b>Medicamentos eliminadores de potasio</b>		
<i>sodium polystyrene sulfonate POWD</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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 SUSP CO 15 GM/60ML</i>	P	
Medicamentos para el tratamiento de la progeria		
ZOKINVY	P	SP; PA
Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico		
BENLYSTA SOAJ	P	SP; PA
BENLYSTA SOLR	P	SP; PA
BENLYSTA SOSY	P	SP; PA
SAPHNELO	P	SP; PA
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE AFECCIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES</b>		
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 noviembre 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
<b>MULTIVITAMINAS</b>		
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 &amp; folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c &amp; 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
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
QUINTABS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
STRESS FORMULA W/ZINC FOREENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día); 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
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	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
Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro					
<i>ped multivitamins w/fl &amp; iron SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW	P	RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con minerales			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
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC			
Multivitaminas pediátricas con flúor			MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 70 MG-1 MG-12 MG-1.15 MG-1 MG-12 MCG-11.5 MG-700 MCG-3.5 MCG-0.5 MG-250 MCG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC			
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 70 MG-1 MG-12 MG-1.15 MG-1 MG-12 MCG-11.5 MG-700 MCG-3.5 MCG-1 MG-250 MCG	P	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
FLORIVA PLUS SOLN	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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>pediatric multivitamins w/fl CHEW</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW</i>	P	RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); 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
POLY-VI-FLOR CHEW	P	RX/OTC
POLY-VI-FLOR CHEW	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
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
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
QUFLORA PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
SOLUVITA SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con hierro		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
POLY-VI-SOL/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
POLY-VITA/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)
Multivitaminas pediátricas		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VI-SOL SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VITA SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR	P	OTC; QL(50 ml por surtido al por menor)
Vitaminas prenatales		
PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
Vitaminas con lipotrópicos		
<i>vitamins w/ lipotropics CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos</b>		
Terapia reparadora del cartílago articular		
MACI	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>Relajantes musculares centrales</b>		
<i>baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA
<i>baclofen TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	
<i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>	P	
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i> )	NP	SP; PA
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 0.05 MG/ML, 10 MG/5ML	P	SP; PA
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i> )	NP	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	
<b>Viscosuplementos</b>		
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<b>MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales</b>		
<b>Medicamentos de uso nasal - varios</b>		
FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
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)
<b>Antialérgicos nasales</b>		
<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i> )	NP	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>Anticolinérgicos nasales</b>		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
<b>Esteroides nasales</b>		
FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	NP	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
flunisolide (nasal) 0.025 %	P	QL(25 ml cada 30 días de venta al por menor)
fluticasone propionate (nasal) SUSP	P	QL(16 ml por surtido al por menor); RX/OTC
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))	NP	AL(AI menos 2 años)
triamcinolone acetonide (nasal) AERO	P	AL(AI menos 2 años)
<b>Descongestionantes simpaticomiméticos</b>		
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
<b>MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES - Medicamentos para relajar/paralizar los músculos</b>		
<b>Medicamentos contra la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)</b>		
edaravone SOLN	P	SP; PA
EXSERVAN FILM	P	SP; PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	P	SP; PA
RADICAVA ORS SUSP	P	SP; PA
RADICAVA SOLN (Use edaravone)	NP	SP; PA
RILUTEK TABS (Use riluzole)	NP	PA
riluzole TABS	P	PA
TEGLUTIK SUSP	P	SP; PA
TIGLUTIK SUSP	P	SP; PA
<b>Medicamentos contra la distrofia muscular</b>		
AMONDYS 45	P	SP; PA
EXONDYS 51	P	SP; PA
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
<b>Medicamentos contra la atrofia muscular espinal (SMA)</b>		
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<b>NUTRIENTES</b>		
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		
<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)
<b>MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos</b>		
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	
COSOPT ( <i>Use dorzolamide hcl-timolol maleate</i> )	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN ( <i>Use timolol maleate (ophth)</i> )	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC SOLN ( <i>Use timolol maleate (ophth)</i> )	NP	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>Midriáticos ciclopléjicos</b>		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % ( <i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i> )	NP	
CYCLOGYL ( <i>Use cyclopentolate hcl</i> )	NP	
CYCLOGYL 2 %	P	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>cyclopentolate hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>cyclopentolate hcl 1 %, 2 %</i>	P	
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
ISOPTO ATROPINE SOLN	P	
MYDRIACYL SOLN ( <i>Use tropicamide</i> )	NP	
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tropicamide SOLN</i>	P	
<b>Mióticos</b>		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>	P	
<b>Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis</b>		
BEOVU SOLN	P	SP; PA
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML	P	PA
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML	P	SP; PA
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 SOLN	P	SP; PA
<b>Medicamentos adrenérgicos oftálmicos</b>		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
IOPIDINE	P	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
BACIGUENT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
CILOXAN OINT	P	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN</i>	P	
ERYTHROMYCIN	P	
<i>erythromycin (ophth)</i>	P	
<i>gentamicin sulfate (ophth) OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP</i>	P	QL(3 ml por surtido al por menor)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
OCUFLOX ( <i>Use ofloxacin (ophth)</i> )	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ofloxacin (ophth)</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tobramycin (ophth) SOLN</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
TOBREX OINT	P	
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ml cada 30 días de venta al por menor)
VIGAMOX SOLN OP ( <i>Use moxifloxacin hcl (ophth)</i> )	NP	QL(3 ml por surtido al por menor)
<b>Descongestionantes oftálmicos</b>		
<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
OPCON-A ( <i>Use naphazoline w/ pheniramine</i> )	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %</i>	P	OTC
VISINE RED EYE COMFORT ( <i>Use tetrahydrozoline hcl (ophth)</i> )	NP	OTC
<b>Terapia génica oftálmica</b>		
LUXTURNA	P	SP; PA
<b>Anestésicos oftálmicos locales</b>		
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P	
<b>Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica</b>		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VISUDYNE	P	SP; PA
<b>Fotoprotectores oftálmicos</b>		
PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA
<b>Esteroides oftálmicos</b>		
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	P	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	P	
DEXTENZA INST	P	SP; PA
DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA
<i>fluorometholone (ophth) SUSP</i>	P	
FML LIQUIFILM SUSP ( <i>Use fluorometholone (ophth)</i> )	NP	
FML OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
ILUVIEN	P	SP; PA
MAXITROL OINT ( <i>Use neomycin-polymy-dexameth</i> )	NP	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
MAXITROL SUSP ( <i>Use neomycin-polymy-dexameth</i> )	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymy-dexameth OINT</i>	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymy-dexameth SUSP</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
OZURDEX IMPL	P	SP; PA
PRED FORTE ( <i>Use prednisolone acetate (ophth)</i> )	NP	
PRED MILD	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
PRED-G SUSP	P	QL(5 ml por surtido al por menor)
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>prednisolone acetate (ophth)</i>	NP	
PREDNISOLONE ACETATE P-F	P	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
RETISERT	P	SP; PA
<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX OINT	P	QL(4 gm cada 30 días de venta al por menor)
TOBRADEX SUSP ( <i>Use tobramycin-dexamethasone</i> )	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
TRIESENCE	P	SP; PA
XIPERE	P	SP; PA
YUTIQ	P	SP; PA
Productos oftálmicos - varios		
<i>ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth))</i>	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth))</i>	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
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	P	QL(6 ml cada 30 días de venta al por menor)
AZOPT ( <i>Use brinzolamide</i> )	NP	
<i>brinzolamide</i>	P	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
CYSTADROPS	P	SP; PA
CYSTARAN	P	SP; PA
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	P	QL(3 ml cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dorzolamide hcl</i>	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
DORZOLAMIDE HCL	P	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>flurbiprofen sodium</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %</i>	P	
TRUSOPT ( <i>Use dorzolamide hcl</i> )	NP	QL(10 ml cada 30 días de venta al por menor)
ZADITOR 0.035 % ( <i>Use ketotifen fumarate (ophth)</i> )	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		
<i>latanoprost SOLN</i>	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
LATANOPROST SOLN	P	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
XALATAN SOLN ( <i>Use latanoprost</i> )	NP	QL(5 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído</b>		
Medicamentos óticos - varios		
<i>acetic acid (otic)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>carbamide peroxide (otic) 6.5 %</i>	P	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % ( <i>Use carbamide peroxide (otic)</i> )	NP	OTC; QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
<i>ofloxacin (otic)</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
CIPRODEX ( <i>Use ciprofloxacin-dexamethasone</i> )	NP	QL(7.5 ml por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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-dexamethasone</i>	P	QL(7.5 ml por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN</i>	P	QL(10 ml por surtido al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP</i>	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>Esteroides óticos</b>		
<i>DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))</i>	NP	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	P	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
<b>OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas</b>		
<b>Oxitócicos</b>		
<i>methylergonovine maleate TABS</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia</b>		
<b>Sueros inmunitarios</b>		
<i>BIVIGAM SOLN 10 %</i>	P	SP; PA
<i>BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>CUTAQUIG</i>	P	SP; PA
<i>CUVITRU SOLN</i>	P	SP; PA
<i>CYTOGAM IV 50 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>FLEBOGAMMA DIF SOLN</i>	P	SP; PA
<i>FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>GAMASTAN</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAGARD LIQUID</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAPLEX SOLN</i>	P	SP; PA
<i>GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>GAMUNEX-C</i>	P	SP; PA
<i>HEPAGAM B SOLN IJ</i>	P	SP; PA
<i>HIZENTRA SOLN</i>	P	SP; PA
<i>HIZENTRA SOSY</i>	P	SP; PA
<i>HYPERHEP B SOLN IM</i>	P	SP; PA
<i>HYPERRHO S/D MINI-DOSE SOSY IM</i>	P	SP; PA
<i>HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT</i>	P	SP
<i>MICRHOGAM ULTRA-FILTEREDPLUS SOSY IM</i>	P	SP; PA
<i>NABI-HB SOLN IM</i>	P	SP; PA
<i>OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>OCTAGAM SOLN</i>	P	SP; PA
<i>PANZYGA</i>	P	SP; PA
<i>PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML</i>	P	SP; PA
<i>RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM</i>	P	SP
<i>RHOPHYLAC SOSY IJ</i>	P	SP; PA
<i>WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML</i>	P	SP; PA
<i>XEMBIFY</i>	P	SP; PA
<b>Anticuerpos monoclonales</b>		

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
ZINPLAVA	P	SP; PA
Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones		
HYQVIA	P	SP; PA
<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 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml 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)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
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	
<b>COADYUVANTES FARMACÉUTICOS</b>		
Medicamentos e ingredientes internos		
SIMPLYTHICK	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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
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 glycine diluent)	NP	SP; PA
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	P	RX/OTC
SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/SWEETENED SUSP	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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		
lanolin XX	P	
LANOLIN XX	P	
<b>PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/ modificación hormonal</b>		
Progestinas		
AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate)	NP	
hydroxyprogesterone caproate OIL	P	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA OIL (Use hydroxyprogesterone caproate)	NP	QL(2 ml por surtido al por menor; 2 ml cada 11 días de venta al por menor); SP; PA
MAKENA SOAJ	P	SP; PA
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG	P	
norethindrone acetate TABS	P	
progesterone CAPS 100 MG	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>progesterone CAPS 200 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 100 MG ( <i>Use progesterone</i> )	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 200 MG ( <i>Use progesterone</i> )	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROVERA ( <i>Use medroxyprogesterone acetate</i> )	NP	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales</b>		
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		
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG ( <i>Use donepezil hydrochloride</i> )	NP	QL(1 cada día)
<i>donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR ( <i>Use rivastigmine</i> )	NP	QL(1 cada día); PA
<i>galantamine hydrobromide CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>galantamine hydrobromide SOLN</i>	P	QL(6 ml al día)
<i>galantamine hydrobromide TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>memantine hcl SOLN</i>	P	QL(2 ml al día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NAMENDA TITRATION PAK TABS ( <i>Use memantine hcl</i> )	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TABS ( <i>Use memantine hcl</i> )	NP	QL(2 cada día); PA
RAZADYNE ER CP24 ( <i>Use galantamine hydrobromide</i> )	NP	QL(1 cada día)
<i>rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>rivastigmine tartrate CAPS</i>	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
SAVELLA TABS	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
<i>tetrabenazine</i>	P	SP; PA
XENAZINE ( <i>Use tetrabenazine</i> )	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
AMPYRA ( <i>Use dalfampridine</i> )	NP	SP; PA
AUBAGIO ( <i>Use teriflunomide</i> )	NP	QL(1 cada día); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PSKT	P	SP; PA
BAFIERTAM	P	SP; PA
COPAXONE SOSY ( <i>Use glatiramer acetate</i> )	NP	SP
<i>dalfampridine</i>	P	SP; PA
<i>dimethyl fumarate CDPK</i>	P	SP
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
EXTAVIA KIT	P	SP; PA
<i> fingolimod hcl</i>	P	QL(1 cada día); SP

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
GILENYA ( <i>Use fingolimod hcl</i> )	NP	QL(1 cada día); SP
GILENYA 0.5 MG	P	QL(1 cada día); SP
<i>glatiramer acetate SOSY</i>	P	SP
KESIMPTA	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ SC	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC	P	SP; PA
PLEGRIDY SOAJ SC 125 MCG/0.5ML	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 ( <i>Use dimethyl fumarate</i> )	NP	SP
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(Al menos 18 años)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	P	QL(2 cada día); AL(Al 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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(Al menos 18 años)
<i>varenicline tartrate TBPK</i>	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(Al menos 18 años)
Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA
TEGSEDI	P	SP; PA
<b>MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares</b>		
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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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 (Use <i>pirfenidone</i> )	NP	SP; PA
ESBRIET TABS (Use <i>pirfenidone</i> )	NP	SP; PA
OFEV	P	SP; PA
<i>pirfenidone</i> CAPS	P	SP; PA
<i>pirfenidone</i> TABS	P	SP; PA
<b>TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Tetraciclinas		
ACTICLATE TABS (Use <i>doxycycline hyclate</i> )	NF	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50 MG, 100 MG	P	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50 MG, 100 MG	P	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS	P	
<i>doxycycline hyclate</i> TABS 100 MG	P	
<i>minocycline hcl</i> CAPS	P	
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 500 MG	P	
VIBRAMYCIN CAPS (Use <i>doxycycline hyclate</i> )	NP	
<b>MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas</b>		
Medicamentos antitiroideos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>methimazole</i> TABS	P	
<i>propylthiouracil</i>	P	
Hormonas tiroideas		
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
ARMOUR THYROID TABS	P	
CYTOMEL TABS (Use <i>liothyronine sodium</i> )	NP	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS	P	
<i>liothyronine sodium</i> 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	
SYNTHROID TABS (Use <i>levothyroxine sodium</i> )	P	
THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
<b>TOXOIDES</b>		
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	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
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		
<i>dicyclomine hcl CAPS</i>	P	
<i>dicyclomine hcl SOLN OR</i>	P	QL(496 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>dicyclomine hcl TABS</i>	P	
<i>glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	P	
HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
<i>hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	P	
<i>hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	NP	
<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LEVBID TB12 ( <i>Use hyoscyamine sulfate</i> )	NP	QL(4 cada día)
LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML ( <i>Use hyoscyamine sulfate</i> )	NP	
ROBINUL FORTE TABS ( <i>Use glycopyrrolate</i> )	NP	QL(4 cada día)
ROBINUL TABS ( <i>Use glycopyrrolate</i> )	NP	QL(4 cada día)

Antagonistas H-2		
<i>cimetidine hcl OR 300 MG/5ML</i>	P	
<i>cimetidine TABS</i>	P	RX/OTC
<i>famotidine SUSR</i>	P	
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/OTC
<i>famotidine TABS 10 MG</i>	P	OTC
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS ( <i>Use famotidine</i> )	NP	RX/OTC
PEPCID AC TABS 20 MG ( <i>Use famotidine</i> )	NP	RX/OTC
PEPCID AC TABS 10 MG ( <i>Use famotidine</i> )	NP	OTC
PEPCID TABS ( <i>Use famotidine</i> )	NP	RX/OTC
TAGAMET HB 200 TABS ( <i>Use cimetidine</i> )	NP	RX/OTC
TAGAMET HB TABS ( <i>Use cimetidine</i> )	NP	RX/OTC

Medicamentos antiulcerosos - varios		
CARAFATE SUSP ( <i>Use sucralfate</i> )	NP	QL(420 ml por surtido al por menor)
CARAFATE TABS ( <i>Use sucralfate</i> )	NP	
<i>sucralfate SUSP</i>	P	QL(420 ml por surtido al por menor)
<i>sucralfate TABS</i>	P	

Inhibidores de la bomba de protones		
DEXILANT ( <i>Use dexlansoprazole</i> )	NP	ST

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga</b>		
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)
<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>tropium 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	
<b>VACUNAS</b>		
Vacunas bacterianas		
ACTHIB SOLR IM	P	
BCG VACCINE	P	
BEXSERO	P	
BIOTHRAX	P	
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENACTRA	P	
MENQUADFI	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
MENVEO SOLN	P	
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23 IJ 25 MCG/0.5ML	P	
PNEUMOVAX 23/1 DOSE IJ 25 MCG/0.5ML	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	
AFLURIA 2024-2025 SUSP	P	
AFLURIA 2024-2025 SUSY	P	
AREXVY	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
COMIRNATY 2023-24 SUSP	P	
COMIRNATY 2023-24 SUSY	P	
COMIRNATY 2024-25 SUSY	P	
COMIRNATY SUSP	P	
DENGVAXIA	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
ENGERIX-B SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUAD 2024-2025	P	
FLUARIX 2024-2025 SUSY	P	
FLUBLOK 2024-2025 SOSY	P	
FLUCELVAX 2024-2025 SUSP	P	
FLUCELVAX 2024-2025 SUSY	P	
FLULAVAL 2024-2025 SUSY	P	
FLUMIST NASAL VACCINE 2024-2025	P	
FLUZONE 2024-2025 SUSP	P	
FLUZONE 2024-2025 SUSY	P	
FLUZONE HIGH-DOSE 2024-2025 SUSY	P	
GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)
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	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	
JANSSEN COVID-19 VACCINE	P	
JYNNEOS	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
M-M-R II SOLR	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/5-11Y	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2024-25 SUSY	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6M O-5Y	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6M O-5Y	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6 M-4Y	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA. 4/BA.5	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/B A.4/BA.5	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE SUSP	P	
MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP	P		PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP	P		PRIORIX SUSR	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2024-25 SUSY	P		PROQUAD SUSR	P	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P		RABAVERT	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2024-25 SUSP	P		RECOMBIVAX HB SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y SUSP	P		ROTARIX SUSP	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	P		ROTARIX SUSR	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2024-25 SUSP	P		ROTATEQ SOLN	P	
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y SUSP	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/2024-25 SUSY	P	

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
STAMARIL SUSR	P	
TICOVAC	P	
TWINRIX SUSY	P	
VAQTA	P	
VARIVAX SUSR IJ 1350 PFU/0.5ML	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
YF-VAX INJ	P	

### PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS

#### Antiinfecciosos vaginales

CLEOCIN CREA (Use <i>clindamycin phosphate vaginal</i> )	NP	
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>	P	
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	OTC
VANAZOLE	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

ESTRACE CREA (Use <i>estradiol vaginal</i> )	NP	QL(43 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>estradiol vaginal CREA</i>	P	QL(43 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>estradiol vaginal TABS</i>	P	
PREMARIN	P	QL(43 gm por surtido al por menor)
VAGIFEM TABS (Use <i>estradiol vaginal</i> )	NP	

#### VASOPRESORES - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades cardíacas y circulatorias

#### Medicamentos para el tratamiento de la anafilaxia

AUVI-Q SOAJ 0.3 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</i>	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	P	QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i> )	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
EPIPEN-JR 2-PAK SOAJ (Use <i>epinephrine (anaphylaxis)</i> )	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
Medicamentos para la hipotensión ortostática neurogénica (NOH)		
<i>droxidopa</i>	P	SP; PA
NORTHERA (Use <i>droxidopa</i> )	NP	SP; PA
Vasopresores		
<i>midodrine hcl</i>	P	
<b>VITAMINAS</b>		
Vitaminas solubles en aceite		
BABY DDROPS LIQD OR (Use <i>cholecalciferol</i> )	NP	Límite de edad = menos de 6 meses
<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 CAPS 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT</i>	P	OTC; QL(100 por surtido 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 (Use <i>ergocalciferol</i> )	NP	
D-VI-SOL LIQD OR (Use <i>cholecalciferol</i> )	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ergocalciferol CAPS</i>	P	
<i>ergocalciferol SOLN OR</i>	P	
KEY-E CHEW	P	QL(2 cada día)
MEPHYTON TABS (Use <i>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 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT</i>	P	QL(2 cada día)
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; 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		
<i>ascorbic acid TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
NIACIN TR CPCR	P	OTC
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 (Use <i>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)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de noviembre 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

# ÍNDICE

abacavir sulfate SOLN _____	38	ACETAMINOPHEN SUPP 650 MG 5	ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	90	
abacavir sulfate TABS _____	38	acetaminophen SUSP 80 MG/2.5ML, 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	90
abacavir sulfate-lamivudine _____	38	acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG _____	6	acyclovir CAPS _____	41
ABECMA _____	32	acetaminophen w/ codeine SOLN _	7	acyclovir SUSP _____	41
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	38	acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG _____	7	acyclovir TABS OR 400 MG _____	41
ABILIFY MAINTENA SRER _____	38	acetaminophen w/ codeine TABS 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir TABS OR 800 MG _____	41
ABILIFY TABS (Use aripiprazole) .	38	acetazolamide CP12 _____	59	acyclovir topical CREA _____	52
abiraterone acetate _____	32	acetazolamide TABS _____	59	acyclovir topical OINT _____	52
ABRAXANE _____	35	acetic acid (otic) _____	90	ADACEL SUSP _____	96
ABRYSSVO _____	99	acetylcysteine SOLN _____	49	ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT AJKT _____	3
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____	49	ACNE MEDICATION 10 LOTN _	49	ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT AJKT _____	3
ACAM2000 _____	99	ACNE MEDICATION 5 LOTN _	49	ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT PSKT _____	3
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRP _____	57	ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ACCUPRIL (Use quinapril hcl) _____	25	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	26	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADBM AJKT _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	26	ACTHIB SOLR IM _____	98	ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER AJKT .	3
ACCURETIC 25 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	26	ACTICLATE TABS (Use doxycycline hyclate) _____	96	ADALIMUMAB-ADBM PSKT 40 MG/0.8ML _____	3
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____	73	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML _	35	ADALIMUMAB-ADBM PSKT _____	3
acebutolol hcl CAPS _____	42	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	62	ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UVEITIS STARTER AJKT _____	3
acetaminophen CHEW _____	5	ACTIVITY POUCH MISC _____	73	ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT _____	3
acetaminophen ELIX _____	5	ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium) _____	59	ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS AJKT _____	3
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .	5	ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl) _____	18		
acetaminophen SOLN OR 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	ACTOS (Use pioglitazone hcl) _____	21		
acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG _____	5				

ADALIMUMAB-FKJP AJKT _____	3	AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC _____	73	ALECENSA _____	33
ADALIMUMAB-FKJP PSKT _____	3	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC _____	73	alendronate sodium SOLN _____	60
ADAPTER PED DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC _____	73	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC _____	73	alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG _____	60
ADBRY SOSY _____	54	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC _____	73	alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG _____	60
ADCETRIS _____	31	AEROTRACH PLUS MISC _____	73	ALEVE ARTHRITIS TABS (Use naproxen sodium) _____	4
ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____	44	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____	33	ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____	4
ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) _____	1	AFINITOR TABS (Use everolimus) _____	33	ALFERON N _____	35
ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) _____	1	AFLURIA 2024-2025 SUSP _____	99	ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium) _____	30
ADEMPAS _____	44	AFLURIA 2024-2025 SUSY _____	99	ALIQOPA _____	33
ADMELOG SOLN IJ _____	20	AFSTYLA _____	65	ALKERAN (Use melphalan) _____	30
ADMELOG SOLOSTAR SOPN _____	20	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC _____	73	ALKERAN IV (Use melphalan hcl) _____	30
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal)) _____	86	AIRZONE PEAK FLOW METER _____	73	ALL FLOW 1000 PULMONARY FUNCTION FILTER MISC _____	73
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	96	albuterol sulfate AERS _____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23
ADULT AEROSOL MASK MISC _____	73	albuterol sulfate NEBU 0.083 % _____	11	ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23
ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC _____	73	albuterol sulfate NEBU 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML _____	11	allopurinol 100 MG, 300 MG _____	65
ADULT MASK LARGE MISC _____	73	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____	11	ALOCRIAL _____	90
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____	11	ALBUTEROL SULFATE NEBU _____	11	alogliptin benzoate _____	20
ADVATE _____	65	albuterol sulfate SYRP _____	11	alogliptin-metformin hcl _____	18
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen) _____	47	albuterol sulfate TABS _____	11	alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG _____	18
ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____	4	ALCOHOL PREP PADS-MISC _____	71	ALOMIDE _____	90
ADVIN COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	57	ALDACTAZIDE (Use spironolactone & hydrochlorothiazide) _____	59	ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR _____	62
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE/32GX4MM _____	71	ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____	59	ALPHANATE SOLR _____	65
ADYNOVATE _____	65	ALDURAZYME _____	61	ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000	



UNIT, 1500 UNIT _____	65	amiloride hcl TABS _____	59	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	92
alprazolam TABS _____	10	aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	67	amoxicillin & pot clavulanate TB12	92
ALPROLIX _____	65	aminocaproic acid SOLN OR 0.25 GM/ML _____	67	amoxicillin CAPS _____	92
ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _____	25	aminocaproic acid TABS 1000 MG 67		amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG 92	
ALTRIXA TABS _____	82	aminocaproic acid TABS 500 MG	67	AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____	92
alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____	9	amiodarone hcl TABS 200 MG _____	10	amoxicillin SUSR _____	92
alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 200 MG/5ML-200 MG/5ML-20 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML- 200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML-400 MG/10ML _____	9	amitriptyline hcl TABS _____	18	amoxicillin TABS 875 MG _____	92
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320 MG/5ML _____	9	AMLADEX TABS _____	82	amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____	98
ALUNBRIG TABS _____	33	amlodipine besylate TABS _____	42	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 TBPK _____	33	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____	26	amphetamine-dextroamphetamine TABs _____	1
amantadine hcl CAPS _____	36	amlodipine besylate-valsartan _____	26	ampicillin CAPS 500 MG _____	92
amantadine hcl SOLN _____	36	amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide _____	26	AMPYRA (Use dalfampridine) _____	94
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride) _____	21	AMNIOTIC MEMBRANE		ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____	18
AMARYL 4 MG (Use glimepiride) .	21	ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET _	56	ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8
AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate) _____	68	AMONDYS 45 _____	86	ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____	4
ambrisentan _____	44	amoxapine _____	18	anastrozole _____	32
AMICAR SOLN OR (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate CHEW . . 92		ANDEXXA 200 MG _____	22
AMICAR TABS 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	92	ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____	22
AMICAR TABS 500 MG (Use aminocaproic acid) _____	67	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	92	ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____	9
amiloride & hydrochlorothiazide _	59	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	92	APLIGRAF DISK _____	56
		amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG 92			

APOKYN SOCT _____	36	sodium)_____	12	sodium)_____	60
apomorphine hydrochloride SOCT	36	ARMOUR THYROID TABS _____	96	atenolol & chlorthalidone_____	26
APO-VARENICLINE TABS_____	95	ARNUITY ELLIPTA _____	11	atenolol TABS_____	42
apraclonidine hcl_____	88	AROMASIN (Use exemestane)___	32	ATGAM IV 50 MG/ML_____	80
APRISO CP24 (Use mesalamine) .	63	arsenic trioxide _____	35	ATIVAN TABS (Use lorazepam)___	10
APTIVUS CAPS _____	38	ARZERRA _____	31	atomoxetine hcl_____	1
AQINJECT PEN NEEDLE/31G X 3/16" _____	71	ASACOL HD TBEC (Use mesalamine)_____	63	atorvastatin calcium TABS _____	25
AQINJECT PEN NEEDLE/32G X 5/32" _____	71	ascorbic acid TABS _____	102	atropine sulfate (ophthalmic) OINT	88
AQUORAL SOLN _____	81	ASMANEX HFA AERO_____	11	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN .	88
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	95	ASPARLAS_____	35	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic)) .	88
ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML _____	66	aspirin buffered (cal carb-mag carb- mag oxide) _____	6	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % .	88
ARANESP ALBUMIN FREE SOSY .	66	aspirin CHEW _____	6	ATROVENT HFA _____	10
ARAVA (Use leflunomide) _____	5	ASPIRIN SUPP 300 MG_____	6	AUBAGIO (Use teriflunomide)___	94
ARCALYST _____	4	aspirin TABS 325 MG_____	6	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	92
ARESTIN _____	81	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG _____	6	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML- 125 MG/5ML_____	92
AREXVY _____	99	ASSESS PEAK FLOW METER FULL RANGE_____	73	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)	92
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride)_____	94	ASSESS PEAK FLOW METER LOW RANGE_____	73	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE/31GX5MM _____	71
ARIKAYCE _____	2	ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	71	AUM PEN NEEDLE/32GX4MM ___	72
ARIMIDEX (Use anastrozole) ___	32	ASSURE ID PRO SAFETY PENNEEDLES 30G X 5MM_____	71	AUM PEN NEEDLE/32GX6MM ___	72
aripiprazole SOLN OR _____	38	ATACAND (Use candesartan cilxetil)_____	26	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML .	101
aripiprazole TABS_____	38	ATACAND HCT (Use candesartan cilxetil-hydrochlorothiazide)_____	26	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML___	101
aripiprazole TBDP_____	38	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG_____	38	AVALIDE (Use irbesartan- hydrochlorothiazide) _____	26
ARISTADA _____	38	atazanavir sulfate CAPS 300 MG .	38	AVAPRO (Use irbesartan) _____	26
ARISTADA INITIO _____	38	ATELVIA TBEC (Use risedronate		AVEED SOLN _____	8
ARIXTRA (Use fondaparinux				AVONEX PEN AJKT_____	94

AVONEX PSKT _____	94	BABY DDROPS LIQD OR (Use cholecalciferol) _____	102	diphenhydramine hcl) _____	23
AVSOLA _____	63	BACIGUENT _____	88	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl) _	23
AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate) _____	93	bacitracin (ophthalmic) _____	88	BENADRYL ALLERGY EXTRA STRENGTH TABS _____	23
AYVAKIT _____	33	bacitracin (topical) OINT _____	50	BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____	23
azacitidine SUSR _____	30	bacitracin zinc OINT _____	50	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl) .	23
azathioprine TABS 50 MG _____	80	bacitracin-polymyxin b (ophth) ____	88	benazepril & hydrochlorothiazide .	26
azathioprine TABS 75 MG, 100 MG 80		baclofen SOLN IT 40 MG/20ML, 500 MCG/ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	85	benazepril hcl 40 MG _____	25
AZEDRA DOSIMETRIC _____	35	baclofen TABS 10 MG, 20 MG ____	85	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG .	25
AZEDRA THERAPEUTIC _____	35	BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	28	bendamustine hcl SOLR _____	30
azelastine hcl (ophth) _____	90	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	28	BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN _____	30
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	85	BAFIERTAM _____	94	BENDEKA SOLN _____	30
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	85	balsalazide disodium CAPS _____	63	BENEFIX KIT _____	65
azithromycin PACK _____	69	BALVERSA _____	33	BENICAR (Use olmesartan medoxomil) _____	26
azithromycin SUSR 100 MG/5ML .	69	BANZEL SUSP (Use rufinamide) .	13	BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) ____	26
azithromycin SUSR 200 MG/5ML .	69	BANZEL TABS (Use rufinamide) _	13	BENLYSTA SOAJ _____	81
azithromycin TABS 250 MG _____	69	BAVENCIO _____	31	BENLYSTA SOLR _____	81
azithromycin TABS 500 MG _____	69	BCG VACCINE _____	98	BENLYSTA SOSY _____	81
azithromycin TABS 600 MG _____	69	b-complex vitamins CAPS _____	82	BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____	50
AZO URINARY PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	64	b-complex vitamins TABS _____	82	BENZNIDAZOLE _____	9
AZOPT (Use brinzolamide) _____	90	b-complex w/ c & folic acid CAPS .	82	benzonatate 100 MG _____	47
AZOR (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____	26	b-complex w/ c & folic acid TABS .	82	benzonatate 200 MG _____	47
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____	63	BD GLUCOSE CHEW _____	18	benzoyl peroxide BAR _____	50
AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____	63	BD PEN NEEDLES _____	72	benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 % .....	50
b complex w/ c CAPS _____	82	BELBUCA FILM _____	8		
		BELEODAQ _____	33		
		BELRAPZO SOLN _____	30		
		BENADRYL ALLERGY CAPS (Use			

benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 % .....	50	BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT .....	57	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR .....	84
benztropine mesylate TABS .....	36	BIOLYTE SOLN .....	78	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN .....	84
BEOVU SOLN .....	88	BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT .....	70	BRAFTOVI 75 MG .....	33
BERINERT KIT .....	65	BIOTENE DRY MOUTH MOISTURIZING SPRAY SOLN .....	81	BREATHE EASE NEBULIZER MASK/CHILD MISC .....	73
BESPONSA .....	31	BIOTHRAX .....	98	BREATHE EASE NEBULIZER MASK/INFANT MISC .....	73
BESREMI .....	35	bisacodyl SUPP .....	69	BREATHE EASE PEAK FLOW METER .....	73
betaine .....	61	bisacodyl TBEC .....	69	BREYANZI .....	32
betamethasone dipropionate (topical) CREA .....	52	bismuth subsalicylate CHEW 262 MG .....	21	BRIDION SOLN .....	22
betamethasone dipropionate augmented CREA .....	52	bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML .....	21	BRILINTA .....	66
betamethasone valerate CREA .....	52	bisoprolol & hydrochlorothiazide .....	27	brimonidine tartrate 0.2 % .....	88
betamethasone valerate LOTN .....	52	bisoprolol fumarate .....	42	BRINEURA .....	61
betamethasone valerate OINT .....	53	BIVIGAM SOLN 10 % .....	91	brinzolamide .....	90
BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/af)) .....	42	BIVIGAM SOLN 5 GM/50ML .....	91	BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML .....	13
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) .....	42	BLENREP .....	31	bromocriptine mesylate CAPS .....	36
betaxolol hcl (ophth) SOLN .....	87	BLEPHAMIDE S.O.P. OINT .....	89	bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG .....	36
bethanechol chloride .....	98	BLINCYTO .....	31	brompheniramine & phenyleph ELIX .	47
BETHKIS NEBU (Use tobramycin) .	2	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS333 STRP .....	57	brompheniramine & pseudoeph ELIX	47
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML, 3.75 MG/0.15ML .....	88	BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP .....	57	brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML .....	47
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML .	88	BOOSTRIX SUSP .....	96	BRONCHITOL .....	95
bexarotene (topical) .....	51	BOOSTRIX SUSY .....	96	BRONCHITOL TOLERANCE TEST .	95
bexarotene .....	35	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG .....	33	BRUKINSA .....	33
BEXSERO .....	98	bortezomib SOLR IJ .....	33	BUBBLES THE FISH II PEDIATRIC MASK/PVC MISC .....	73
bicalutamide .....	32	bosentan TABS .....	44	budesonide (inhalation) SUSP .....	11
BIKTARVY .....	38	BOSULIF TABS .....	33		
BI-MIX SOLR .....	43				

budesonide-formoterol fumarate dihydrate _____ 12	bupropion hcl TB12 200 MG _____ 15	(Use verapamil hcl) _____ 42
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____ 12	bupropion hcl TB24 150 MG _____ 16	calcipotriene CREA _____ 52
budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____ 12	bupropion hcl TB24 300 MG _____ 16	calcipotriene SOLN _____ 52
BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)) _____ 6	buspirone hcl 15 MG _____ 10	calcitonin (salmon) IJ _____ 60
bumetanide TABS _____ 59	buspirone hcl 5 MG, 10 MG _____ 10	calcitonin (salmon) NA _____ 60
BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide) _____ 59	buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG _____ 9	calcitriol CAPS _____ 61
BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate) _____ 61	butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG _____ 5	CALCIUM 600+D HIGH POTENCY TABS _____ 78
BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate) _____ 61	butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG _____ 5	calcium acetate (phosphate binder) CAPS _____ 64
BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl) _____ 8	butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG _____ 5	calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG _____ 9
buprenorphine hcl FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 750 MCG, 900 MCG _____ 8	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 _____ 78
buprenorphine hcl SOLN _____ 8	butalbital-aspirin-caffeine CAPS _____ 5	calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-200 UNIT-500 MG-500 MG, 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG _____ 78
buprenorphine hcl SUBL _____ 8	butalbital-aspirin-caffeine w/cod _____ 7	calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT _____ 78
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____ 8	BYDUREON BCISE AUJ _____ 20	calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT _____ 78
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG _____ 8	BYETTA SOPN 10 MCG/0.04ML _____ 20	calcium polycarbophil TABS _____ 68
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL _____ 8	BYETTA SOPN 5 MCG/0.02ML _____ 20	CALQUENCE _____ 33
bupropion hcl (smoking deterrent) 95	BYLVAY (PELLETS) CPSP _____ 63	CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) 78
bupropion hcl TABS _____ 15	BYLVAY CAPS _____ 63	CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) _____ 78
bupropion hcl TB12 100 MG _____ 15	CABLIVI _____ 66	CAMCEVI _____ 32
bupropion hcl TB12 150 MG _____ 15	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG _____ 33	camphor & menthol LOTN _____ 51
	CABOMETYX TABS 40 MG _____ 33	
	CAFECIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use caffeine citrate) _____ 1	
	CAFERGOT TABS (Use ergotamine w/ caffeine) _____ 77	
	caffeine citrate SOLN OR _____ 1	
	CAFFEINE CITRATED POWD _____ 1	
	CALAN SR TBCR 120 MG, 180 MG	

CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl) . 36	carbidopa-levodopa TABS _____ 36	CARNITOR SOLN OR 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 61
CAMZYOS _____ 43	carbidopa-levodopa TBCR _____ 36	CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 61
candesartan cilexetil _____ 26	carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML _____ 30	carteolol hcl (ophth) _____ 87
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide _____ 27	CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 42	carvedilol 25 MG _____ 41
capecitabine _____ 30	CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 42	carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____ 41
CAPHOSOL SOLN _____ 81	CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _____ 42	carvedilol phosphate _____ 41
CAPRELSA _____ 33	CARDURA (Use doxazosin mesylate) _____ 26	CARVYKTI _____ 32
capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % . 54	CARESENS N BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _ 57	CASODEX (Use bicalutamide) __ 32
capsaicin CREA 0.1 % _____ 54	CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____ 57	CASTIVA WARMING LOTN _____ 54
captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG- 25 MG _____ 27	CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____ 73	CAYSTON _____ 29
captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG _____ 27	CARETOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____ 57	cefaclor CAPS _____ 44
captopril _____ 25	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE/6FT MISC _____ 73	cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____ 44
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____ 54	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____ 73	cefadroxil CAPS _____ 44
CAPZASIN-P CREA _____ 54	CARETOUCH CPAP NEUTRALIZING PRE-WASH MISC . 73	cefadroxil SUSR _____ 44
CARAC CREA _____ 51	CARETOUCH CPAP TUBE CLEANING BRUSH MISC _____ 73	cefadroxil TABS _____ 44
CARAFATE SUSP (Use sucralfate) . 97	CARETOUCH CPAP FILTERS MISC _____ 74	cefdinir CAPS _____ 44
CARAFATE TABS (Use sucralfate) . 97	carglumic acid _____ 61	cefdinir SUSR _____ 44
CARBAGLU (Use carginic acid) 61	CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) . 61	cefepime CAPS _____ 44
carbamazepine CHEW _____ 13		cefprozil SUSR _____ 44
carbamazepine SUSP _____ 13		cefprozil TABS _____ 44
carbamazepine TABS _____ 13		ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____ 44
carbamazepine TB12 _____ 13		cefuroxime axetil TABS _____ 44
carbamide peroxide (otic) 6.5 % __ 90		CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____ 16
carbidopa _____ 36		CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____ 16
		CELEXA TABS 40 MG (Use

citalopram hydrobromide)_____	16	chlordiazepoxide hcl CAPS _____	10	cilostazol _____	66
CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil)_____	80	chlorhexidine gluconate (mouth- throat) _____	81	CILOXAN OINT _____	88
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil)_____	80	chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 % .....	38	CIMDUO _____	38
CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil)_____	80	chloroquine phosphate TABS 250 MG _____	29	cimetidine hcl OR 300 MG/5ML ___	97
CENTANY OINT _____	50	chloroquine phosphate TABS 500 MG _____	29	cimetidine TABS _____	97
cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG 44		chlorpheniramine maleate SYRP _	23	cinacalcet hcl _____	61
cephalexin SUSR _____	44	chlorpheniramine maleate TABS _	23	CINQAIR _____	10
CEPROTIN _____	66	chlorpromazine hcl TABS 10 MG _	38	CINRYZE SOLR IV _____	66
CERALYTE 70 SOLN _____	78	chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____	38	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____	63
CERASPORT EX1 SOLN _____	78	chlorthalidone 25 MG, 50 MG ____	59	CIPRODEX (Use ciprofloxacin- dexamethasone) _____	90
CERASPORT SOLN _____	78	chlorzoxazone TABS 500 MG ____	85	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ____	88
CERDELGA _____	66	CHOLBAM _____	63	ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____	63
CEREZYME 400 UNIT _____	66	cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1.25 MG, 50000 UNIT _____	102	ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	63
cetirizine hcl CHEW _____	23	cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT _____	102	ciprofloxacin-dexamethasone ____	91
cetirizine hcl SOLN OR _____	23	cholecalciferol CAPS 25 MCG, 50 MCG, 1000 UNIT, 2000 UNIT ____	102	cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML _____	30
cetirizine hcl SYRP OR _____	23	cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____	102	CISPLATIN SOLR _____	30
cetirizine hcl TABS _____	23	cholecalciferol LIQD OR 400 UT/0.028ML _____	102	citalopram hydrobromide SOLN __	16
cetirizine-pseudoephedrine _____	47	cholestyramine light PACK _____	24	citalopram hydrobromide TABS 10 MG _____	16
cetorelix acetate _____	60	cholestyramine light POWD _____	24	citalopram hydrobromide TABS 20 MG _____	16
CETROTIDE (Use cetorelix acetate) .....	60	cholestyramine PACK _____	24	citalopram hydrobromide TABS 40 MG _____	16
CHEMET _____	22	cholestyramine POWD _____	24	cladribine 10 MG/10ML _____	30
CHEMSTRIP-K STRP _____	57	CHORIONIC GONADOTROPIN IM 60		clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	70
CHENODAL _____	63	CIBINQO _____	54	clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	70
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4			clarithromycin TABS _____	70
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4			clarithromycin TB24 _____	70

CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate (topical) LOTN _____ 50	CO MONITOR REPLACEMENT TPIECES MISC _____ 74
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine) _____ 24	clindamycin phosphate (topical) SOLN _____ 50	COAGADDEX _____ 65
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine) ..... 24	clindamycin phosphate vaginal CREA _____ 101	coal tar extract SHAM 0.5 % _____ 56
CLARITIN SOLN (Use loratadine) . 24	CLINITEST RAPID COVID-19 ANTIGEN SELF-TEST KIT _____ 57	COARTEM _____ 29
CLARITIN TABS (Use loratadine) . 24	clobetasol propionate CREA 0.05 % . 53	codeine sulfate TABS 30 MG _____ 6
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine) _____ 47	clobetasol propionate emollient base 0.05 % ..... 53	CODEINE SULFATE TABS _____ 6
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine) _____ 47	clobetasol propionate GEL 0.05 % 53	COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____ 69
CLEARDETECT COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____ 57	clobetasol propionate OINT 0.05 % 53	COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____ 69
clemastine fumarate TABS 1.34 MG . 23	clobetasol propionate SOLN 0.05 % . 53	COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____ 63
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____ 28	clomipramine hcl 75 MG _____ 18	colchicine TABS _____ 65
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____ 101	clonazepam TABS _____ 13	colchicine w/ probenecid _____ 65
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____ 28	clonidine hcl (adhd) TB12 _____ 1	COLCRYS TABS (Use colchicine) .65
CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____ 50	clonidine hcl TABS _____ 26	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____ 47
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____ 74	clopidogrel bisulfate 75 MG _____ 66	COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl) _____ 24
CLIMARA PTWK (Use estradiol) _ 62	clorazepate dipotassium TABS _ 10	COLESTID GRAN (Use colestipol hcl) _____ 24
CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____ 50	clotrimazole (topical) CREA ..... 51	COLESTID TABS (Use colestipol hcl) _____ 24
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG . 29	clotrimazole (topical) SOLN _____ 51	colestipol hcl GRAN _____ 24
clindamycin palmitate hydrochloride . 29	clotrimazole vaginal CREA 1 % _ 101	colestipol hcl TABS _____ 24
clindamycin phosphate (topical) GEL 50	clotrimazole vaginal CREA 2 % _ 101	COMBIPATCH PTTW _____ 62
	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____ 51	COMBIVENT RESPIMAT AERS _ 12
	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____ 51	COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine) _____ 38
	clozapine TABS _____ 37	COMETRIQ KIT _____ 33
	CLOZARIL TABS (Use clozapine) .37	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____ 72



COMIRNATY 2023-24 SUSP _____	99	CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	66
COMIRNATY 2023-24 SUSY _____	99	CORTISONE ACETATE TABS ___	46	cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG _____	85
COMIRNATY 2024-25 SUSY _____	99	CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____	57	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG	85
COMIRNATY SUSP _____	99	COSOPT (Use dorzolamide hcl- timolol maleate) _____	87	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl) .....	88
COMPLERA _____	38	cosyntropin SOLR _____	57	CYCLOGYL 0.5 % _____	88
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _	1	COTELLIC _____	33	CYCLOGYL 2 % _____	88
CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	COVID-19 AG TEST KIT _____	57	cyclopentolate hcl 0.5 % _____	88
CONDOMS-MISC _____	70	COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT .	57	cyclopentolate hcl 1 %, 2 % _____	88
CONTOUR NEXT EZ BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70	COZAAR (Use losartan potassium) 26	26	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN (Use cyclophosphamide) _____	30
CONTOUR NEXT GEN BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70	CREON CPEP _____	59	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN (Use cyclophosphamide) _____	30
CONTOUR PLUS BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium) _____	25	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML _____	30
CONTOUR PLUS BLUE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	70	cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____	85	cyclophosphamide SOLN _____	30
COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____	94	cromolyn sodium (ophth) _____	90	cyclophosphamide SOLR IJ _____	30
COPIKTRA _____	33	cromolyn sodium NEBU _____	10	cyclosporine CAPS _____	80
COREG 25 MG (Use carvedilol) __	41	crotamiton LOTN _____	55	cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS _____	80
COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____	41	CRYSVITA _____	61	cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN _____	80
COREG CR (Use carvedilol phosphate) _____	41	CUTAQUIG _____	91	cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML .	80
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML ___	56	CUVITRU SOLN _____	91	CYLTEZO AJKT _____	3
CORGARD TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG (Use nadolol) _____	42	CVS COVID-19 AT HOME TESTKIT KIT _____	57	CYLTEZO PSKT _____	3
CORIFACT _____	65	CVS DRY MOUTH SPRAY SOLN	81	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS AJKT _____	3
CORTEF TABS (Use hydrocortisone) .....	46	CVS GLUCOSE _____	18	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS AJKT _____	3
		CVS GLUCOSE CHEW _____	19		
		CVS SOFT GLUCOSE CHEW _____	19		
		CVS TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57		

CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS AJKT	3	dasatinib	33	64	
CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)	17	daunorubicin hcl SOLN	33	DEMSEK (Use metyrosine)	26
cyproheptadine hcl SYRP	24	DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN (Use daunorubicin hcl)	33	DENGVAXIA	99
cyproheptadine hcl TABS	24	DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 50 MG/10ML	33	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	15
CYRAMZA	31	DAURISMO	32	DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	15
CYSTADANE (Use betaine)	61	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS	23	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	15
CYSTADROPS	90	DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate)	62	DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	15
CYSTAGON CAPS	64	DDAVP TABS (Use desmopressin acetate)	62	DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	15
CYSTARAN	90	DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic))	90	DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	15
cytarabine SOLN	30	decitabine	30	DEPEN TITRATABS TABS (Use penicillamine)	79
CYTOGAM IV 50 MG/ML	91	deferasirox PACK	22	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	46
CYTOMEL TABS (Use liothyronine sodium)	96	deferasirox TABS	22	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	46
CYTOTEC (Use misoprostol)	98	deferasirox TBSO	22	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	46
dabigatran etexilate mesylate CAPS	12	deferiprone TABS	22	DERMAREST PSORIASIS GEL	54
dalfampridine	94	deferroxamine mesylate	22	DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide)	53
DALIRESP (Use roflumilast)	11	DEFITELIO	66	DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))	91
dapagliflozin propanediol	21	deflazacort SUSP	46	DESCOVY 120 MG-15 MG	38
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG	18	deflazacort TABS	46	DESCOVY 200 MG-25 MG	39
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG	18	DEFLUX	64	DESFERAL 500 MG (Use deferroxamine mesylate)	22
dapsone	28	DELSTRIGO	38		
DAPTACEL	96	DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use dextromethorphan polistirex)	47		
DARAPRIM (Use pyrimethamine)	29	DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex)	47		
darunavir TABS 600 MG	38	DELZICOL CPDR (Use mesalamine)			
darunavir TABS 800 MG	38				
DARZALEX	31				
DARZALEX FASPRO	33				

desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG ___	18	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	19	dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD _____	47
desipramine hcl TABS 25 MG ___	18	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
desmopressin acetate SOLN IJ ___	62	dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____	89	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
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA _____	62	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML .	46	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____	47
desmopressin acetate spray _____	62	dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____	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 _____	48
desmopressin acetate spray refrigerated _____	62	dexamethasone SOLN _____	46	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____	48
desmopressin acetate TABS _____	62	DEXCOM G6 RECEIVER _____	70	dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS _____	48
desogestrel & ethinyl estradiol ___	45	DEXCOM G7 RECEIVER _____	70	DEXYCU SUSP IO _____	89
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	45	DEXCOM G7 SENSOR _____	70	DHIVY TABS _____	36
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____	45	DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) _	1	DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	56
desonide CREA _____	53	DEXILANT (Use dexlansoprazole) 97		DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	56
desonide OINT _____	53	dexlansoprazole _____	98	DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	48
DESOWEN CREA (Use desonide) 53		dexmethylphenidate hcl TABS _____	1	DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13
desoximetasone CREA 0.05 % ___	53	dextrazoxane hcl _____	35	DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13
desoximetasone CREA 0.25 % ___	53	DEXTENZA INST _____	89	DIACOMIT PACK 250 MG _____	13
desoximetasone GEL _____	53	dextroamphetamine sulfate CP24 _	1	DIACOMIT PACK 500 MG _____	13
desoximetasone OINT 0.25 % ___	53	dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____	1	DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	13
desvenlafaxine succinate 100 MG .	17	dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML _____	47		
desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____	17	dextromethorphan polistirex LQCR 47			
DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____	98	dextromethorphan polistirex SUER 47			
DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____	98				
DEX4 _____	19				
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE .	19				
DEX4 NATURALS _____	19				
DEX4 POUCH PACK _____	19				

DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant))	13	NA 4 MG/ML	77	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG	68
DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant))	13	DILANTIN (Use phenytoin sodium extended)	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG	68
diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG	13	DILANTIN	14	diphenhydramine hcl CAPS	23
diazepam (anticonvulsant) GEL	13	DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin)	14	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML	23
diazepam SOLN OR 5 MG/5ML	10	DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	15	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML	23
diazepam TABS	10	DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	6	.....	23
dibucaine	54	DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	6	diphenhydramine hcl TABS 25 MG	23
dichlorphenamide	59	diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG	42	diphenoxylate w/ atropine LIQD	22
diclofenac potassium TABS 50 MG	4	diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG	42	diphenoxylate w/ atropine TABS	22
diclofenac sodium (ophth)	90	diltiazem hcl CP12	42	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	96
diclofenac sodium (topical) GEL EX 51		diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG	43	dipyridamole	66
diclofenac sodium TBEC	4	diltiazem hcl CP24 240 MG	43	disopyramide phosphate CAPS	10
dicloxacillin sodium	92	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL RANGE MISC	74
dicyclomine hcl CAPS	97	diltiazem hcl extended release beads 240 MG	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC	74
dicyclomine hcl SOLN OR	97	diltiazem hcl TABS	43	DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC	74
dicyclomine hcl TABS	97	dimenhydrinate TABS	22	DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC	74
DIFFERIN DAILY DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)	50	dimethyl fumarate CDPK	94	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC	74
DIFLUCAN SUSP (Use fluconazole)	23	dimethyl fumarate CPDR	94	disulfiram 250 MG	94
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)	23	DIOVAN HCT (Use valsartan- hydrochlorothiazide)	27	DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use oxybutynin chloride)	98
DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)	23	DIOVAN TABS (Use valsartan)	26	divalproex sodium CSDR	15
diflunisal TABS	6	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG	68	divalproex sodium TB24 250 MG	15
digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML	43			divalproex sodium TB24 500 MG	15
digoxin TABS 0.125 MG, 0.25 MG, 125 MCG, 250 MCG	43				
dihydroergotamine mesylate SOLN					

divalproex sodium TBEC 125 MG .15	DOVATO _____ 39	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MM _____ 72
divalproex sodium TBEC 250 MG .15	doxazosin mesylate _____ 26	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32GX4MM _____ 72
divalproex sodium TBEC 500 MG .15	doxepin hcl CAPS _____ 18	EASY FLOW 300 MM HOSE MISC . 74
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel) _____ 35	doxepin hcl CONC _____ 18	EASY FLOW 400 MM HOSE MISC . 74
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 35	doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG _____ 96	EASY FLOW AIR NOZZLE MISC .74
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 35	doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG _____ 96	EASY FLOW HEPA FILTER MISC . 74
DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel) . 35	doxycycline hyclate CAPS _____ 96	EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____ 57
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML _____ 35	doxycycline hyclate TABS 100 MG . 96	EASY MAX T1 SELF-MONITORING BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT .70
docetaxel SOLN _____ 35	doxylamine succinate (sleep) _____ 68	EASY TALK PLUS II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .,57
DOCIVYX SOLN _____ 35	DRAMAMINE CHEW _____ 22	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____ 70
DOCK-SORREL POLLEN MIX EXTRACT IJ _____ 2	DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate) _____ 22	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS STRP_ 57
docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG _____ 69	DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol) . 102	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____ 57
docusate sodium CAPS 50 MG __ 69	drospirenone-ethinyl estradiol ____ 45	EBASE CONTROLLER KIT MISC .74
docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML _____ 69	DROXIA CAPS _____ 66	econazole nitrate CREA _____ 51
DOCUSATE SODIUM SYRP ____ 69	droxidopa _____ 102	ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin) _____ 6
docusate sodium TABS _____ 69	DRYSOL SOLN _____ 55	ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin) _____ 6
dofetilide _____ 10	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use bisacodyl) _____ 69	ECOTRIN TBEC (Use aspirin) ____ 6
DOJOLVI _____ 87	DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) . 69	ED BRON GP LIQD _____ 48
donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG _____ 94	DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) . 69	edaravone SOLN _____ 86
dorzolamide hcl _____ 90	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG _____ 17	EDURANT _____ 39
DORZOLAMIDE HCL _____ 90	DUROLANE PRSY _____ 85	efavirenz CAPS 200 MG _____ 39
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE _____ 88	D-VI-SOL LIQD OR (Use cholecalciferol) _____ 102	
dorzolamide hcl-timolol maleate __ 88	E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____ 70	

efavirenz CAPS 50 MG _____	39	EMBRACE PEN NEEDLES/32G X 4MM _____	72	ENSPRYNG _____	80
efavirenz TABS _____	39	EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSETEST STRIPS STRP _	57	ENTYVIO SOLR _____	64
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate _____	39	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	57	EPICORD/ 1CM X 2CM SHEE ___	56
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate _____	39	EMCYT _____	32	EPIDIOLEX _____	13
EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17	EMFLAZA SUSP (Use deflazacort) 46		EPIFOAM FOAM _____	53
EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17	EMFLAZA TABS (Use deflazacort) 46		epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____	102
EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl) _____	17	EMOLLIENT LOTION-MISC _____	54	epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .	101
EFFIENT (Use prasugrel hcl) ____	66	EMPLICITI _____	31	epinephrine hcl (nasal) _____	86
EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____	51	emtricitabine CAPS _____	39	EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) _____	102
ELAPRASE _____	61	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG _____	39	EPIVIR SOLN (Use lamivudine) __	39
eletriptan hydrobromide _____	77	EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine) .	39	EPIVIR TABS 150 MG (Use lamivudine) _____	39
ELIDEL (Use pimecrolimus) ____	54	EMTRIVA SOLN _____	39	EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine) _____	39
ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____	32	EMVERM CHEW _____	9	EPOGEN 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	66
ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____	32	enalapril maleate & hydrochlorothiazide _____	27	epoprostenol sodium _____	43
ELIQUIS STARTER PACK TBPK .	12	enalapril maleate TABS _____	25	EPZICOM (Use abacavir sulfate- lamivudine) _____	39
ELIQUIS TABS _____	12	ENDARI (Use glutamine (sickle cell)) .....	66	EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN _____	81
ELLA _____	45	ENFAMIL ENFALYTE SOLN ____	78	EQUALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	78
ELLEENCE SOLN _____	33	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML__	99	ERBITUX _____	32
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT _____	57	ENGERIX-B SUSY _____	99	ergocalciferol CAPS _____	102
ELOCTATE _____	65	ENHERTU _____	31	ergocalciferol SOLN OR _____	102
EMBRACE PEN NEEDLES/30G X 5MM _____	72	ENJAYMO _____	66	ergotamine w/ caffeine TABS ____	77
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 5MM _____	72	enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML _____	12	eribulin mesylate _____	35
EMBRACE PEN NEEDLES/31G X 8MM _____	72	enoxaparin sodium SOSY _____	12		

ERIVEDGE _____	32	ESPEROCT _____	65	SENSOR/HOLDER _____	70
ERLEADA 60 MG _____	32	ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal) _____	101	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER .....	70
erlotinib hcl _____	32	ESTRACE TABS (Use estradiol) _	62	EVISTA (Use raloxifene hcl) ____	61
ertapenem sodium IJ _____	28	estradiol & norethindrone acetate TABS _____	62	EVKEEZA _____	24
ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid)) _____	50	estradiol PTTW _____	62	EVOMELA IV _____	30
ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	70	estradiol PTWK _____	63	EVRYSDI _____	86
ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	70	estradiol TABS _____	63	EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) ____	94
erythromycin (acne aid) GEL ____	50	estradiol vaginal CREA _____	101	exemestane _____	32
erythromycin (acne aid) SOLN ____	50	estradiol vaginal TABS _____	101	EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan) _____	27
erythromycin (ophth) _____	88	ESTROFACTORS TABS _____	82	EXFORGE HCT (Use amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide) ____	27
ERYTHROMYCIN _____	88	ethambutol hcl TABS _____	29	EXJADE TBSO (Use deferasirox) .	22
erythromycin base CPEP _____	70	ethosuximide CAPS _____	15	EXKIVITY _____	32
erythromycin base TABS _____	70	ethosuximide SOLN _____	15	EXONDYS 51 _____	86
erythromycin base TBEC _____	70	ethynodiol diacet & eth estrad ____	45	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC .	74
erythromycin ethylsuccinate SUSR .	70	etodolac CAPS _____	4	EXSERVAN FILM _____	86
erythromycin ethylsuccinate TABS	70	etodolac TABS _____	4	EXTAVIA KIT _____	94
erythromycin stearate TABS 250 MG .	70	etonogestrel-ethinyl estradiol ____	45	EYLEA HD SOLN _____	88
ESBRIET CAPS (Use pirfenidone) 96		etoposide CAPS _____	35	EYLEA SOLN _____	88
ESBRIET TABS (Use pirfenidone) .96		etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML _____	35	EYLEA SOSY _____	88
escitalopram oxalate TABS 10 MG .	16	etravirine 100 MG _____	39	ezetimibe _____	25
escitalopram oxalate TABS 20 MG .	16	etravirine 200 MG _____	39	ezetimibe-simvastatin _____	24
escitalopram oxalate TABS 5 MG .	16	EUFLEXXA SOSY _____	85	famciclovir _____	41
ESGIC TABS (Use butalbital-acetaminophen-caffeine) _____	5	EULEXIN _____	32	famotidine SUSR _____	97
esomeprazole magnesium CPDR 20 MG _____	98	EVAC POWD (Use psyllium) ____	68	famotidine TABS 10 MG _____	97
		EVENITY _____	60	famotidine TABS 20 MG, 40 MG _	97
		everolimus TABS _____	33	FARESTON (Use toremifene citrate) .....	32
		everolimus TBSO _____	33		
		EVERSENSE 365			

FARXIGA (Use dapagliflozin propanediol) _____	21	FLEBOGAMMA DIF SOLN 5 GM/50ML _____	91
FARXIGA _____	21	FLEBOGAMMA DIF SOLN _____	91
FASTEP COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	57	flecainide acetate _____	10
FEIBA _____	65	FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____	69
felbamate SUSP _____	14	FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____	69
felbamate TABS _____	14	FLEET SALINE ENEMA	
FELBATOL SUSP (Use felbamate) .	14	EXTRAVOLUME ENEM (Use sodium phosphates) _____	69
FELBATOL TABS (Use felbamate) .	14	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____	74
FELDENE CAPS (Use piroxicam) _	4	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____	74
felodipine _____	43	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____	74
FEMARA (Use letrozole) _____	32	FLOLAN (Use epoprostenol sodium) _____	43
fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG _____	25	FLOMAX (Use tamsulosin hcl) _____	64
fenofibrate micronized 67 MG _____	25	FLONASE ALLERGY RELIEF CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	86
fenofibrate TABS 160 MG _____	25	FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) .	86
fenofibrate TABS 54 MG _____	25	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 70 MG-1 MG-12 MG-1.15 MG-1 MG-12 MCG-11.5 MG-700 MCG-3.5 MCG-0.5 MG-250 MCG _____	83
FENOFIBRATE TABS _____	25	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 70 MG-1 MG-12 MG-1.15 MG-1 MG-12 MCG-11.5 MG-700 MCG-3.5 MCG-1 MG-250 MCG _____	83
fenoprofen calcium CAPS 400 MG .	4	FLORIVA PLUS SOLN _____	83
FENSOLVI SC _____	61	FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation)) .	
fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____	6		
FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____	67		
FERRETTS TABS _____	67		
FERRIPROX SOLN _____	22		
FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____	22		
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS .			
22			
ferrous fumarate TABS 324 MG __	67		
ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS _____	67		
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG _____	67		
ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML _	67		
ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____	67		
ferrous sulfate TABS 65 MG, 325 MG _____	67		
FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____	67		
ferrous sulfate TBEC _____	67		
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____	6		
fexofenadine hcl TABS 180 MG __	24		
fexofenadine hcl TABS 60 MG __	24		
FIBRYGA _____	65		
FILTER AIR PP MISC _____	74		
finasteride _____	64		
fingolimod hcl _____	94		
FINTEPLA _____	13		
FIRAZYR SOSY (Use icanitabant acetate) _____	65		
FIRMAGON 80 MG _____	32		
FIRVANQ SOLR OR (Use vancomycin hcl) _____	28		
FLAVOR BLEND SUSP _____	92		
FLAVOR PLUS LIQD _____	92		
FLAVOR SWEET SYRP _____	92		
FLAVOR SWEET-SF SYRP _____	92		
flavoxate hcl _____	98		



11	fluorouracil (topical) CREA 0.5 % . 51	FLUZONE 2024-2025 SUSP ____ 99
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa) _____ 11	fluorouracil (topical) CREA 5 % __ 51	FLUZONE 2024-2025 SUSY ____ 99
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____ 57	fluorouracil (topical) SOLN _____ 51	FLUZONE HIGH-DOSE 2024-2025 SUSY _____ 99
FLUAD 2024-2025 _____ 99	fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG 16	FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC _____ 74
FLUARIX 2024-2025 SUSY ____ 99	fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____ 16	FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth)) _____ 89
FLUBLOK 2024-2025 SOSY ____ 99	fluoxetine hcl SOLN _____ 16	FML OINT _____ 89
FLUCELVAX 2024-2025 SUSP __ 99	fluoxetine hcl TABS 10 MG _____ 16	FOCALIN TABS (Use dexmethylphenidate hcl) _____ 1
FLUCELVAX 2024-2025 SUSY __ 99	fluoxetine hcl TABS 20 MG _____ 16	FOLCYTEINE TABS _____ 82
fluconazole SUSR _____ 23	fluphenazine decanoate _____ 38	folic acid TABS 1 MG _____ 66
fluconazole TABS 100 MG, 200 MG . . 23	fluphenazine hcl TABS _____ 38	folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG 66
fluconazole TABS 150 MG _____ 23	flurazepam hcl _____ 68	FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML _____ 60
fluconazole TABS 50 MG _____ 23	flurbiprofen sodium _____ 90	FOLOTYN _____ 30
fludarabine phosphate SOLN ____ 30	flurbiprofen TABS _____ 4	fondaparinux sodium _____ 12
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN _____ 30	flutamide _____ 32	FORA 6 CONNECT/GTEL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 57
fludarabine phosphate SOLR _____ 30	fluticasone propionate (inhalation) AEPB _____ 11	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS _____ 57
fludrocortisone acetate TABS _____ 46	fluticasone propionate (nasal) SUSP . 86	FORA TEST N' GO ADVANCE/VOICE/6 CONNECT . 57
FLULAVAL 2024-2025 SUSY ____ 99	fluticasone propionate CREA 0.05 % . 53	FORA TN'G ADVANCE PRO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 58
FLUMIST NASAL VACCINE 2024-2025 _____ 99	fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____ 11	formaldehyde SOLN 10 % _____ 38
flunisolide (nasal) 0.025 % _____ 86	fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____ 11	FORTEO SOPN (Use teriparatide) 60
fluocinolone acetonide (otic) _____ 91	fluticasone propionate OINT _____ 53	FORTISCARE G1 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP __ 58
fluocinolone acetonide OIL _____ 53	fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT _____ 12	FOSAMAX TABS 70 MG (Use alendronate sodium) _____ 60
fluocinonide CREA 0.05 % _____ 53	fluvoxamine maleate TABS 100 MG . 16	
fluocinonide emulsified base _____ 53	fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG _____ 16	
fluocinonide GEL _____ 53		
fluocinonide OINT _____ 53		
fluocinonide SOLN _____ 53		
fluorometholone (ophth) SUSP ____ 89		

fosamprenavir calcium TABS _____	39	FT ELECTROLYTE SOLUTION SOLN _____	78	GAMUNEX-C _____	91
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide _____	27	FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	85	GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	60
fosinopril sodium _____	25	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	74	ganirelix acetate _____	60
FOTIVDA _____	34	furosemide SOLN OR 10 MG/ML, 40 MG/5ML _____	59	GARDASIL 9 SUSP _____	99
FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML _____	12	furosemide TABS _____	59	GARDASIL 9 SUSY _____	99
FRAGMIN SOSY _____	12	FUZEON SOLR _____	39	GATTEX _____	64
FREESTYLE LIBRE 14 DAY/READER/FLASH MONITORING SYSTEM _____	70	FYARRO _____	34	GAUZE SPONGES _____	70
FREESTYLE LIBRE 14 DAY/SENSOR/FLASH MONITORING SYSTEM _____	71	gabapentin CAPS _____	13	GAVRETO _____	34
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS/SENOSR/FLASH GLUCOSE MONITOR SYSTEM _____	71	gabapentin SOLN _____	13	GAZYVA _____	31
FREESTYLE LIBRE 2/READER/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	71	gabapentin TABS 600 MG _____	13	gefitinib _____	32
FREESTYLE LIBRE 2/SENSOR/FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	71	gabapentin TABS 800 MG _____	13	GEL-ONE _____	85
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	71	GABITRIL (Use tiagabine hcl) _____	14	GELSYN-3 SOSY _____	85
FREESTYLE LIBRE 3/READER/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	71	GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) 85		gemfibrozil TABS _____	25
FREESTYLE LIBRE 3/SENSOR/GLUCOSE MONITORING SYSTEM _____	71	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	85	GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 1-PACK KIT _____	58
FREESTYLE LIBRE/READER/FLASH MONITORING SYSTEM _____	71	GALAFOLD _____	61	GENABIO COVID-19 RAPID SELF TEST KIT 2-PACK KIT _____	58
FREESTYLE LITE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	71	galantamine hydrobromide CP24 _____	.94	GENERESS FE (Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe) _____	45
		galantamine hydrobromide SOLN _____	.94	GENICIN VITA-Q TABS _____	82
		galantamine hydrobromide TABS _____	.94	gentamicin sulfata (ophth) OINT _____	88
		GAMASTAN _____	91	gentamicin sulfata (ophth) SOLN _____	88
		GAMIFANT _____	80	gentamicin sulfata (topical) CREA _____	50
		GAMMAGARD LIQUID _____	91	gentamicin sulfata (topical) OINT _____	50
		GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML SOLR _____	91	GENVISC 850 SOSY _____	85
		GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	91	GENVOYA _____	39
		GAMMAPLEX SOLN 5 GM/50ML _____	.91	GEODON (Use ziprasidone hcl) _____	37
		GAMMAPLEX SOLN _____	91	GERI-TUSSIN SYRP _____	49
				GILENYA (Use fingolimod hcl) _____	95
				GILENYA 0.5 MG _____	95

GILOTRIF _____	32	GLYNASE (Use glyburide micronized) _____	21	guaifenesin-codeine SYRP _____	48
GIMOTI SOLN NA _____	63	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	58	guanfacine hcl (adhd) _____	1
ginger (zingiber officinalis) CAPS MG _____	250 2	GNP GLUCOSE 6 MG-4 GM _____	19	guanfacine hcl _____	26
GLASSIA SOLN _____	95	GNP GLUCOSE CHEW _____	19	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 71	.
glatiramer acetate SOSY _____	95	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW _____	19	GUARDIAN REAL-TIME REPLACEMENT MONITOR PEDIATRIC _____	71
GLEEVEC (Use imatinib mesylate) 34		GOCOVRI CP24 _____	36	GYNAZOLE-1 _____	101
glimepiride 1 MG, 2 MG _____	21	GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS _____	58	HADLIMA PUSH TOUCH SOAJ ____	3
glimepiride 4 MG _____	21	GOLYTELY SOLR (Use peg 3350- kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	68	HADLIMA SOSY _____	4
glipizide TABS _____	21	GONAL-F RFF REDIRECT SOPN	60	HAEGARDA SOLR SC _____	66
glipizide TB24 _____	21	GONAL-F RFF SOLR SC _____	60	HALAVEN (Use eribulin mesylate) 35	
glipizide-metformin hcl _____	18	GONAL-F SOLR IJ _____	60	HALCION 0.25 MG (Use triazolam) 68	
glucagon (rdna) _____	19	GOODSENSE ELECTROLYTE ADVANTAGE CARE SOLN ____	78	HALDOL DECANOATE 100 (Use haloperidol decanoate) _____	37
GLUCAGON EMERGENCY KIT (Use glucagon (rdna)) _____	19	GOODSENSE GLUCOSE _____	19	HALDOL DECANOATE 50 (Use haloperidol decanoate) _____	37
GLUCO TO GO CHEW _____	19	GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPID TEST KIT ____	58	haloperidol decanoate _____	37
GLUCOSE _____	19	GRANIX SOLN _____	67	haloperidol lactate CONC _____	37
GLUCOSE CHEW _____	19	GRANIX SOSY _____	67	haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____	37
GLUCOSE INSTANT ENERGY ____	19	GRAPE SYRUP SYRP _____	92	haloperidol TABS 20 MG _____	37
GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide) _____	21	griseofulvin microsize SUSP _____	23	HAVRIX _____	99
glutamine (sickle cell) _____	66	griseofulvin microsize TABS ____	23	HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____	65
glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG _____	21	griseofulvin ultramicrosize _____	23	HEMOPIL M SOLR 1501 -2000 UNIT .....	65
glyburide TABS _____	21	guaifenesin LIQD _____	49	HEMOPIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT ____	65
glyburide-metformin _____	18	guaifenesin SYRP _____	49	HEPAGAM B SOLN IJ _____	91
glycerin (laxative) SUPP 2 GM ____	69	guaifenesin TB12 1200 MG _____	49		
GLYCERIN ADULT SUPP (Use glycerin (laxative)) _____	69	guaifenesin TB12 600 MG _____	49		
glycine diluent _____	92	guaifenesin-codeine SOLN _____	48		
glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG .	97				

heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	12	HYCAMTIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	36	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 53
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML _____	12	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	47	hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 % .....53
HEPLISAV-B SOSY _____	99	HYDRALAZINE hcl TABS _____	28	hydrocortisone butyrate SOLN ____
HERCEPTIN 150 MG _____	31	HYDRALYZE FREEZER POPS SOLN _____	79	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____
HERCEPTIN HYLECTA _____	33	HYDRALYZE SOLN _____	79	hydrocortisone TABS _____
HIBERIX SOLR IJ _____	98	HYDREA (Use hydroxyurea) _____	35	hydrocortisone vaginal _____
HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	38	hydrochlorothiazide CAPS _____	59	hydrocortisone w/ acetic acid _____
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	82	hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG _____	59	HYDROMORPHONE HCL SUPP ____
HIZENTRA SOLN _____	91	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN _____	47	hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG _____
HIZENTRA SOSY _____	91	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 ____
homatropine hbr _____	88	hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	hydroxychloroquine sulfate 200 MG . 29
HULIO AJKT _____	4	HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK _____	53	hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____
HULIO PSKT _____	4	hydrocortisone (intrarectal) _____	8	hydroxyprogesterone caproate OIL . 93
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	20	hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____	9	hydroxyurea _____
HUMALOG SOLN IJ _____	20	hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % ____	9	hydroxyzine hcl SYRP _____
HUMATE-P SOLR _____	65	hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % . 53	53	hydroxyzine hcl TABS _____
HUMATROPE CART IJ _____	60	hydrocortisone (topical) CREA 1 % . 53	53	hydroxyzine pamoate CAPS _____
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN 20	20	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 53	53	HYMOVIS _____
HUMULIN 70/30 SUSP _____	20	hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 53	53	hyoscyamine sulfate ELIX _____
HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____	20			HYOSCYAMINE SULFATE POWD . 97
HUMULIN N SUSP _____	20			hyoscyamine sulfate SOLN OR 0.125 MG/ML _____
HUMULIN R SOLN IJ _____	20			hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG .....97
HYALGAN SOLN _____	85			hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG .....97
HYALGAN SOSY _____	85			
HYCAMTIN CAPS _____	36			

hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG . 97	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 43	INCRUSE ELLIPTA _____ 10
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG .....97	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____ 58	indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG . 59
HYPERHEP B SOLN IM _____ 91	IHEALTH COVID-19 ANTIGENRAPID TEST KIT _____ 58	INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____ 42
HYPERRHO S/D MINI-DOSE SOSY IM _____ 91	ILARIS SOLN _____ 4	INDICAID COVID-19 RAPID ANTIGEN AT-HOME TEST KIT__ 58
HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT _____ 91	ILUMYA _____ 52	INDOCIN SUSP (Use indomethacin) 4
HYQVIA _____ 92	imatinib mesylate _____ 34	INDOMETHACIN _____ 4
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ____ 4	IMBRUVICA CAPS _____ 34	indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ____ 4	IMBRUVICA TABS _____ 34	indomethacin SUPP _____ 4
HYRONAN KIT _____ 85	IMCIVREE _____ 1	indomethacin SUSP _____ 4
HY-VEE GLUCOSE _____ 19	IMFINZI _____ 31	INFANRIX _____ 96
HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 27	imipramine hcl TABS _____ 18	INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____ 4
ibandronate sodium SOLN _____ 60	IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____ 77	INFANTS SILAPAP SOLN OR ____ 6
IBRANCE CAPS _____ 34	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 77	INLYTA _____ 31
IBRANCE TABS _____ 34	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 77	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____ 74
ibuprofen CHEW _____ 4	IMLYGIC _____ 36	INQOVI _____ 33
ibuprofen lysine _____ 4	IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____ 22	INREBIC _____ 34
ibuprofen SUSP 100 MG/5ML ____ 4	IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____ 22	INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN 20
ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR . 99	INSULIN ASPART PENFILL SOCT 20
ibuprofen TABS 200 MG _____ 4	IMURAN TABS (Use azathioprine) 80	INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART FLEXPEN SUPN _____ 20
ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4	INCRELEX _____ 61	INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART SUSP _____ 20
icatibant acetate SOLN _____ 65		INSULIN ASPART SOLN IJ ____ 20
icatibant acetate SOSY _____ 65		INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH
ICLUSIG _____ 34		
IDELVION _____ 65		
IDHIFA _____ 34		

SOPN 100 UNIT/ML _____	20	INVEGA SUSTENNA _____	37	40 MG _____	50
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML _____	20	INVEGA TRINZA _____	37	ISTODAX SOLR (Use romidepsin)	34
INSULIN DEGLUDEC SOLN _____	20	IOPIDINE _____	88	ISTURISA _____	59
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 20		IPOL INACTIVATED IPV _____	99	ITCH RELIEF CREA _____	51
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 20		ipratropium bromide (nasal) 0.03 % 85		itraconazole CAPS _____	23
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	20	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % 85		IXEMPRA KIT _____	36
INSULIN LISPRO KWIKPEN SOPN . 20		ipratropium bromide SOLN 0.02 %	10	IXIARO _____	99
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN SUPN _____	20	ipratropium-albuterol SOLN _____	12	IXINITY SOLR _____	65
INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	20	irbesartan _____	26	JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	22
INSULIN SYRINGES _____	72	irbesartan-hydrochlorothiazide ____	27	JADENU TABS (Use deferasirox)	22
INSULIN SYRINGES-MISC _____	72	IRESSA (Use gefitinib) _____	32	JAKAFI _____	34
INSUPEN 31G X 5MM _____	72	irinotecan hcl _____	36	JANSSEN COVID-19 VACCINE__	99
INSUPEN 31G X 8MM _____	72	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW 67		JEMPERLI _____	31
INSUPEN 32G X 4MM _____	72	IRON TABS 28 MG _____	67	JEVTANA _____	36
INTELENCE 100 MG (Use etravirine) .....	39	ISENTRESS CHEW 100 MG ____	39	JIVI _____	65
INTELENCE 200 MG (Use etravirine) .....	39	ISENTRESS CHEW 25 MG ____	39	JULUCA _____	39
INTELENCE 25 MG _____	39	ISENTRESS HD TABS _____	39	JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	25
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	58	ISENTRESS PACK _____	39	JYNARQUE TABS _____	62
INTRON A SOLR 10000000 UNIT .	35	ISENTRESS TABS _____	39	JYNARQUE TBPK _____	62
INTUNIV (Use guanfacine hcl (adhd)) .....	1	isoniazid SYRP _____	29	JYNNEOS _____	99
INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) . 28		isoniazid TABS _____	29	KADCYLA _____	31
INVEGA HAFYERA _____	37	ISOPTO ATROPINE SOLN _____	88	KALBITOR _____	66
		ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____	9	KALETRA SOLN (Use lopinavir- ritonavir) _____	39
		isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG .....	9	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	39
		isosorbide mononitrate TABS .....	9	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) .....	39
		isosorbide mononitrate TB24 _____	9	KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	95
		isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG,			

KALYDECO PACK 5.8 MG _____	96	% .....	90	KOKO PEAK PRO REPLACEMENT PLASTIC	
KALYDECO TABS _____	96	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4	MOUTHPIECE MISC _____	74
KANJINTI 420 MG _____	31	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	5	KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin- metformin hcl) _____	18
KANUMA _____	61	ketorolac tromethamine TABS _____	5	KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	19
KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1	KETOSTIX STRP _____	58	KOSELUGO _____	34
KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 % 90		KOVALTRY _____	65
KCENTRA _____	65	KEVEYIS (Use dichlorphenamide) 59		K-PHOS NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	79
KEMOPLAT SOLN _____	30	KEY-E CHEW _____	102	KRINTAFEL _____	29
KEPIVANCE 5.16 MG _____	35	KEYTRUDA _____	31	KROGER GLUCOSE _____	19
KEPIVANCE 6.25 MG _____	35	KHAPZORY _____	35	KRYSTEXXA _____	65
KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13	KIMMTRAK _____	31	K-TAB TBCR 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	79
KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE PREMAX SOLN _	79	KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE SOLN _____	79	KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61
KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINERET SOSY _____	4	KYPROLIS _____	34
KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13	KINRIX SUSY _____	96	labetalol hcl TABS 100 MG _____	42
KERALYT GEL (Use salicylic acid) 54		KISQALI _____	34	labetalol hcl TABS 200 MG _____	42
KERALYT GEL _____	54	KISQALI FEMARA 200 DOSE ____	33	labetalol hcl TABS 300 MG _____	41
KESIMPTA _____	95	KISQALI FEMARA 400 DOSE ____	33	lactic acid (ammonium lactate) CREA .....	54
ketoconazole (topical) CREA ____	51	KISQALI FEMARA 600 DOSE ____	33	lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	54
ketoconazole (topical) SHAM 2 %	.51	KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2	lactulose (encephalopathy) _____	64
KETONE STRP _____	58	KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	50	lactulose SOLN _____	69
KETONE TEST STRIPS STRP ____	58	KLONOPIN TABS (Use clonazepam) .....	13	LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (Use lamotrigine) _____	13
ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 % .....	90	KOATE SOLR _____	65		
ketorolac tromethamine (ophth) 0.5		KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	65		
		KOGENATE FS KIT _____	65		

LAMICTAL TABS (Use lamotrigine)	13	LEADER GLUCOSE 6 MG-4 GM	19	levetiracetam TABS 500 MG	14
LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine)	13	LEADER QUICK DISSOLVE GLUCOSE CHEW	19	levetiracetam TB24	14
LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical))	51	leflunomide	5	levobunolol hcl 0.5 %	88
LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical))	51	lenalidomide	80	levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN OR 1 GM/10ML	61
lamivudine SOLN	39	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	31	levocarnitine (metabolic modifiers) TABS	61
lamivudine TABS 150 MG	39	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	31	levocetirizine dihydrochloride TABS 24	
lamivudine TABS 300 MG	39	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	31	levofloxacin TABS	63
lamivudine-zidovudine	39	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	31	levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML	35
lamotrigine CHEW	13	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	31	levoleucovorin calcium SOLR	35
lamotrigine TABS	13	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	31	levonorgestrel & eth estradiol TABS 45	
lamotrigine TB24	13	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	31	levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG	45
LANCETS-MISC	71	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	31	levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)	45
LANCING DEVICE-MISC	71	LEQVIO	25	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG	45
lanolin (topical) CREA	55	LETAIRIS (Use ambrisentan)	44	levothyroxine sodium TABS	96
lanolin (topical) OINT	55	letrozole	32	LEVSIN SOLN IJ 0.5 MG/ML (Use hyoscyamine sulfate)	97
lanolin XX	93	leucovorin calcium TABS	35	LEVULAN KERASTICK SOLR	51
LANOLIN XX	93	LEUKERAN	30	LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate)	17
LANOLOR CREA	55	LEUKINE SOLR IJ	67	LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate)	16
LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin)	43	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML	32	LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate)	16
LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin)	43	LEUPROLIDE ACETATE/BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE	32	LEXIVA SUSP	39
lansoprazole CPDR 15 MG	98	levalbuterol tartrate	12	LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium)	39
lansoprazole CPDR 30 MG	98	LEVBID TB12 (Use hyoscyamine sulfate)	97		
lapatinib ditosylate	34	levetiracetam SOLN OR 100 MG/ML, 500 MG/5ML	13		
LASIX TABS (Use furosemide)	59	levetiracetam TABS 1000 MG	14		
latanoprost SOLN	90	levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG	14		
LATANOPROST SOLN	90				
LATUDA (Use lurasidone hcl)	37				



LIALDA TBEC (Use mesalamine) .64	lithium carbonate TABS _____ 36	loratadine TABS _____ 24
LIBTAYO _____ 31	lithium carbonate TBCR _____ 36	loratadine TBDP 10 MG _____ 24
LICEMD GEL _____ 55	LITHOBID TBCR (Use lithium carbonate) _____ 36	lorazepam TABS _____ 10
lidocaine CREA 4 % _____ 54	LITTLE REMEDIES SALINE SPRAY/DROPS SOLN _____ 85	LORBRENA _____ 34
lidocaine hcl (mouth-throat) 2 % _____ 81	LIVMARLI _____ 63	losartan potassium & hydrochlorothiazide _____ 27
lidocaine hcl CREA 3 % _____ 54	LIVTENCITY _____ 40	losartan potassium _____ 26
lidocaine hcl CREA 4 % _____ 54	LMX 4 CREA (Use lidocaine) _____ 55	LOSEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____ 45
lidocaine hcl GEL 2 % _____ 54	LODINE TABS (Use etodolac) _____ 5	LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____ 25
lidocaine OINT _____ 54	LODOSYN (Use carbidopa) _____ 36	LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____ 25
lidocaine-prilocaine CREA _____ 55	LOHIST-D LIQD _____ 48	LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide) .27
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT (Use baclofen) _____ 85	LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine) _____ 22	LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____ 27
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 0.05 MG/ML, 10 MG/5ML _____ 85	LONGS GLUCOSE _____ 19	LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____ 51
liothyronine sodium TABS _____ 96	LONSURF _____ 33	LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____ 51
LIPITOR TABS (Use atorvastatin calcium) _____ 25	loperamide hcl CAPS _____ 22	lovastatin TABS 10 MG, 20 MG _____ 25
liraglutide _____ 20	loperamide hcl TABS _____ 22	lovastatin TABS 40 MG _____ 25
lisdexamfetamine dimesylate CAPS 1	LOPID TABS (Use gemfibrozil) _____ 25	LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____ 12
lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG _____ 27	lopinavir-ritonavir SOLN _____ 39	LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____ 12
lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____ 27	lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG _____ 39	loxapine succinate _____ 37
lisinopril TABS 2.5 MG _____ 25	lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____ 39	LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML 88
lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____ 25	LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____ 42	LUCENTIS SOSY _____ 88
LITETOUCH MASK LARGE MISC 74	LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____ 42	LUMAKRAS _____ 34
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC . 74	loratadine & pseudoephedrine TB12 . 48	
LITETOUCH MASK SMALL MISC 74	loratadine & pseudoephedrine TB24 . 48	
lithium _____ 36	loratadine SOLN _____ 24	
lithium carbonate CAPS _____ 36		

LUMIZYME _____	61	TABS 241.5 MG, 400 MG _____	79	meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG .	23
LUMOXITI _____	31	MAGNESIUM OXIDE CAPS _____	79	MEDROL DOSEPAK TBPK (Use	
LUNG PERFORMANCE PEAK		magnesium oxide TABS 400 MG __	9	methylprednisolone) _____	46
FLOW METER _____	74	MAGOX 400 TABS (Use magnesium		MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use	
LUPKYNIS _____	80	oxide (mg supplement)) _____	79	methylprednisolone) _____	46
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT IM		MAKENA OIL (Use		medroxyprogesterone acetate	
.....	32	hydroxyprogesterone caproate) __	93	(contraceptive) SUSP IM _____	46
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT IM		MAKENA SOAJ _____	93	medroxyprogesterone acetate	
.....	32	malathion _____	55	(contraceptive) SUSY IM _____	46
LUPRON DEPOT (4-MONTH) IM .	32	maraviroc TABS 150 MG _____	39	medroxyprogesterone acetate 2.5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) IM .	32	maraviroc TABS 300 MG _____	39	MG, 5 MG, 10 MG _____	93
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .	61	MARGENZA _____	31	mefloquine hcl _____	29
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .	61	MASK VORTEX/CHILD/FROG ____	74	megestrol acetate SUSP _____	32
		MASK		megestrol acetate TABS _____	32
		VORTEX/TODDLER/LADYBUG __	74	MEIJER GLUCOSE _____	19
lurasidone hcl _____	37	MATULANE _____	35	MEKINIST TABS _____	34
LUXTURNA _____	89	MAVYRET PACK _____	41	MEKTOVI _____	34
LYNPARZA TABS _____	34	MAVYRET TABS _____	41	MELATONIN SUBL _____	2
LYSODREN _____	32	MAXALT TABS 10 MG (Use		melatonin TABS 3 MG, 5 MG ____	2
LYSTEDA TABS (Use tranexamic		rizatriptan benzoate) _____	77	melatonin TBDP 3 MG _____	2
acid) _____	67	MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use		meloxicam TABS _____	5
MACI _____	84	rizatriptan benzoate) _____	77	melphalan _____	30
MACROBID (Use nitrofurantoin		MAXITROL OINT (Use neomycin-		melphalan hcl IV _____	30
monohyd macro) _____	29	polymy-dexameth) _____	89	memantine hcl SOLN _____	94
MACRODANTIN 50 MG, 100 MG		MAXITROL SUSP (Use neomycin-		memantine hcl TABS _____	94
(Use nitrofurantoin macrocrystal) _	29	polymy-dexameth) _____	89	MENACTRA _____	98
MAGNESIUM CAPS 400 MG ____	79	MAXI-TUSS PE LIQD _____	48	MENOPUR SC _____	60
magnesium citrate _____	69	MAXI-TUSS PE MAX LIQD _____	48	MENQUADFI _____	98
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH		MAXZIDE TABS (Use triamterene &		MENVEO SOLN _____	99
CAPS _____	79	hydrochlorothiazide) _____	59	MENVEO SOLR _____	99
magnesium hydroxide SUSP 7.75 %,		MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene		meperidine hcl SOLN OR 50	
400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400		& hydrochlorothiazide) _____	59		
MG/30ML _____	69	meclizine hcl CHEW _____	23		
magnesium oxide (mg supplement)					

MG/5ML _____	7	methazolamide TABS _____	59	methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG _____	2
meperidine hcl TABS 50 MG _____	7	methenamine mandelate 0.5 GM, 1 GM _____	29	methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
MEPHYTON TABS (Use phytonadione) _____	102	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	methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG _____	46
meprobamate _____	10	methimazole TABS _____	96	methylprednisolone TBPK _____	46
MEPSEVII _____	61	METHITEST TABS _____	8	metoclopramide hcl SOLN OR 5 MG/5ML, 10 MG/10ML _____	63
mercaptapurine TABS _____	30	methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG _____	85	metoclopramide hcl TABS _____	63
mesalamine CP24 _____	64	METHOTREXATE _____	3	metolazone _____	59
mesalamine CPDR _____	64	methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____	30	metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG .....	27
mesalamine ENEM _____	64	methotrexate sodium TABS 2.5 MG 30		metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG _____	27
mesalamine TBEC _____	64	methyldopa TABS _____	26	metoprolol succinate TB24 200 MG 42	
mesna SOLN _____	35	methylergonovine maleate TABS .	91	metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	42
MESNEX SOLN (Use mesna) _____	35	METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2	metoprolol tartrate TABS 100 MG .	42
MESNEX TABS _____	35	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	2	metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG _____	42
MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide) _____	29	methylphenidate hcl CPCRCR _____	2	METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) _____	55
MESTINON TIMESPAN TBCR (Use pyridostigmine bromide) _____	29	methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML _____	2	METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical)) _____	55
METADATE CD CPCRCR (Use methylphenidate hcl) _____	2	methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML _____	2	metronidazole (topical) CREA _____	55
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use psyllium) _____	68	methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG _____	2	metronidazole (topical) GEL 0.75 % 55	
METAMUCIL ORIGINAL TEXTURE POWD (Use psyllium) _____	68	methylphenidate hcl TABS 5 MG _____	2	metronidazole (topical) LOTN _____	55
METAMUCIL POWD (Use psyllium) . 68		methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	metronidazole TABS _____	28
metformin hcl TABS 500 MG _____	18	methylphenidate hcl TB24 36 MG _____	2	metronidazole vaginal _____	101
metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG _____	18			metyrosine _____	26
metformin hcl TB24 500 MG _____	18				
metformin hcl TB24 750 MG _____	18				
methadone hcl TABS 10 MG _____	7				
methadone hcl TABS 5 MG _____	7				

mexiletine hcl _____	10	hcl) _____	26	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM/MESHED _____	56
MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) _____	60	MINIVELLE PTTW (Use estradiol)	63	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM/MESHED _____	56
MICARDIS (Use telmisartan) _____	26	minocycline hcl CAPS _____	96	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	56
MICARDIS HCT (Use telmisartan- hydrochlorothiazide) _____	27	minoxidil 10 MG _____	28	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED _____	56
MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical)) _____	51	minoxidil 2.5 MG _____	28	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM/MESH _____	56
miconazole nitrate (topical) CREA	51	MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350) _____	69	MIRODERM FENESTRATED PLUS BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X8CM/MESHED _____	56
miconazole nitrate vaginal CREA	101	MIRCERA _____	67	mirtazapine TABS 15 MG _____	15
miconazole nitrate vaginal KIT	101	MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) _____	45	mirtazapine TABS 30 MG _____	15
miconazole nitrate vaginal SUPP MG _____	101	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X2CM .....	56	mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	15
miconazole nitrate vaginal SUPP MG _____	101	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 2X3CM .....	56	mirtazapine TBDP 15 MG _____	15
MICRHOGAM ULTRA- FILTEREDPLUS SOSY IM _____	91	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X3CM .....	56	mirtazapine TBDP 30 MG _____	15
MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW METER _____	74	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 3X7CM .....	56	mirtazapine TBDP 45 MG _____	15
midazolam hcl SOLN IJ _____	68	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 4X4CM .....	56	misoprostol _____	98
midodrine hcl _____	102	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 5X5CM .....	56	mitoxantrone hcl 2 MG/ML _____	33
mifepristone (hyperglycemia) _____	19	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 7X10CM _____	56	MM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	71
miglustat _____	66	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX 8X15CM _____	56	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRIPS STRP _____	58
MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) _____	77	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX _____	56	M-M-R II SOLR _____	100
MINI WRIGHT AFS PEAK FLOWMETER LOW RANGE _____	74	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX _____	56	MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____	100
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER .....	74	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX _____	56	MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2023-24 SUSP ..	100
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD RANGE _____	75	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX _____	56	MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y/2024-25 SUSY ..	100
MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC _____	75	MIRODERM FENESTRATED BIOLOGIC WOUND MATRIX _____	56	MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/6MO-5Y ____	100
MINIPRESS CAPS (Use prazosin .....)	56				

MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	100	(Use ibuprofen) _____	5	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	83
MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP	100	MOUTH KOTE REMINT SOLN	81	MOUTH KOTE SOLN	82
MOI-STIR SOLN	81	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	89	MULTIVITAMIN ADULT TABS	82
molindone hcl	38	MOZOBIL (Use plerixafor)	67	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR	84
mometasone furoate CREA	53	MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate)	7	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR	84
mometasone furoate OINT	53	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin)	48	MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG	82
mometasone furoate SOLN	53	MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin)	48	MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN	84
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal)	101	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	83
MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal)	101	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin)	49	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW _____	83
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal)	101	MUCINEX TB12 (Use guaifenesin)	49	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN	83
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use hydrocortisone vaginal)	101	MULPLETA	67	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	83
MONJUVI	31	MULTI VITAMIN TABS	82	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	83
MONOVISC	85	MULTI VITAMIN/D-3 TABS	82	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	83
montelukast sodium CHEW	11	multiple vitamin TABS	82	MULTIVITAMIN + FLUORIDE 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	83
montelukast sodium PACK	11	multiple vitamins w/ iron TABS	82	MUPIROCIIN CALCIUM (topical)	50
montelukast sodium TABS	11	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	82	MUPIROCIIN OINT	50
morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML	7	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	82	MVASI	31
morphine sulfate SOLN OR 20 MG/ML, 100 MG/5ML	7	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	83		
morphine sulfate SUPP	7	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW			
morphine sulfate TABS	7				
morphine sulfate TBCR	7				
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen)	5				
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP					

MX-SOL BLEND SF SUSP _____	92	naloxone hcl SOCT _____	22	MISC _____	75
MX-SOL BLEND SUSP _____	92	naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____	22	NEBULIZER MASK ADULT MISC	.75
MX-SOL SF SYRP _____	92	naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML____	22	NEBULIZER MASK CHILD MISC_	75
MX-SOL SUSPEND SUSP _____	93	naltrexone hcl _____	22	nefazodone hcl _____	17
MX-SOL SYRP _____	93	NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____	94	NEOMULTIVITE TABS _____	82
MYALEPT _____	61	NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl) _____	94	neomycin sulfate TABS _____	2
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	29	naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 % .....	89	neomycin-bacitracin zn-polymyxin	89
MYCOBUTIN (Use rifabutin) ____	29	NAPROSYN SUSP (Use naproxen) 5		neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .	50
mycophenolate mofetil CAPS ____	80	NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____	5	neomycin-polymy-dexameth OINT	89
mycophenolate mofetil SUSR ____	80	naproxen sodium TABS 220 MG __	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP .	89
mycophenolate mofetil TABS ____	80	naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	50
mycophenolate sodium _____	80	naproxen SUSP _____	5	neomycin-polymyxin-gramicidin __	89
MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	88	naproxen TABS _____	5	neomycin-polymyxin-hc (ophth) __	89
MYFORTIC (Use mycophenolate sodium) _____	80	naratriptan hcl _____	77	neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN .	91
MYLERAN TABS _____	30	NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) .	22	neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP .	91
MYLICON INFANTS GAS RELIEF DYE FREE SUSP (Use simethicone) .	63	NARDIL (Use phenelzine sulfate) .16		NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) .....	5
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____	63	NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) .....	86	NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) ____	80
MYLOTARG _____	31	NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal)) _____	85	NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) ____	80
MYSOLINE (Use primidone) ____	14	nateglinide _____	21	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) __	50
NABI-HB SOLN IM _____	91	NATROBA (Use spinosad) ____	55	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) .	50
nabumetone _____	5	NATURAL FIBER LAXATIVE POWD .	68	NERLYNX _____	34
nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG .....	42	NAYZILAM _____	13	NESINA (Use alogliptin benzoate) .	
NAGLAZYME _____	61	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS			
NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____	5				
naloxone hcl LIQD _____	22				

20	NIASPAN TBCR 1000 MG (Use niacin (antihyperlipidemic)) _____	25	nitrofurantoin monohyd macro _____	29	
NEUPOGEN SOLN _____	67	nicardipine hcl CAPS _____	43	nitroglycerin CPCR _____	9
NEUPOGEN SOSY _____	67	NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____	95	nitroglycerin PT24 _____	9
NEURONTIN CAPS (Use gabapentin) _____	14	NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____	95	nitroglycerin SUBL _____	9
NEURONTIN SOLN (Use gabapentin) _____	14	NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	95	NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____	9
NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin) _____	14	NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	95	NITYR TABS _____	61
NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	14	NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____	95	NIVA THYROID TABS _____	96
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 % (Use coal tar extract) _____	56	nicotine MISC XX _____	95	NIVESTYM SOLN _____	67
nevirapine SUSP _____	39	nicotine polacrilex GUM _____	95	NIVESTYM SOSY _____	67
nevirapine TABS _____	39	nicotine polacrilex LOZG _____	95	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	55
nevirapine TB24 100 MG _____	39	nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____	95	NIZORAL SHAM _____	51
nevirapine TB24 400 MG _____	39	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT _____	95	NORDITROPIN FLEXPPO SOPN _____	60
NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) _____	34	NICOTROL INHALER INHA _____	95	norelgestromin-ethinyl estradiol _____	45
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	98	NICOTROL NS SOLN _____	95	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	45
NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	98	nifedipine CAPS _____	43	norethindrone & eth estradiol _____	45
NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	98	nifedipine TB24 30 MG, 90 MG _____	43	norethindrone & ethinyl estradiol-fe _____	45
NEXVIAZYME _____	61	nifedipine TB24 60 MG _____	43	norethindrone (contraceptive) _____	46
niacin (antihyperlipidemic) TABS _____	25	NINLARO _____	34	norethindrone acet & eth estra TABS _____	45
niacin (antihyperlipidemic) TBCR _____	25	nitisinone CAPS _____	61	norethindrone acetate TABS _____	93
niacin CPCR 250 MG, 500 MG _____	102	NITRO-BID OINT _____	9	norethindrone acetate-ethinyl estradiol _____	62
niacin TABS 500 MG _____	102	NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin) _____	9	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe _____	45
niacin TBCR _____	102	.....	9	norethindrone-eth estradiol (triphasic) _____	45
NIACIN TR CPCR _____	102	nitrofurantoin _____	29	.....	45
NIACIN TR TBCR _____	102	nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG _____	29	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	45

norgestimate-ethinyl estradiol _____	45	NOVOLIN 70/30 SUSP _____	21	NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol) _____	45
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	45	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN _____	21	NUWIQ KIT _____	65
NORPACE CAPS (Use disopyramide phosphate) _____	10	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _____	21	NUWIQ SOLR _____	65
NORPACE CR CP12 150 MG _____	10	NOVOLIN N RELION SUSP _____	21	NYSTATIN (Use nystatin (mouth-throat)) _____	81
NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl) _____	18	NOVOLIN N SUSP _____	21	nystatin (mouth-throat) _____	81
NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl) _____	18	NOVOLIN R RELION SOLN IJ _____	21	nystatin (topical) CREA _____	51
NORTHERA (Use droxidopa) _____	102	NOVOLIN R SOLN IJ _____	21	nystatin (topical) OINT _____	51
nortriptyline hcl CAPS _____	18	NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN _____	21	nystatin (topical) POWD EX _____	51
nortriptyline hcl SOLN _____	18	NOVOLOG FLEXPEN SOPN _____	21	nystatin TABS _____	23
NORVASC TABS (Use amlodipine besylate) _____	43	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION SUPN _____	21	nystatin-triamcinolone CREA _____	51
NORVIR CAPS _____	39	NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUSP _____	21	nystatin-triamcinolone OINT _____	51
NORVIR SOLN _____	39	NOVOLOG MIX 70/30 SUSP _____	21	NYVEPRIA _____	67
NORVIR TABS (Use ritonavir) _____	39	NOVOLOG PENFILL SOCT _____	21	OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX FENESTRATED _____	56
NOSE CLIP MISC _____	75	NOVOLOG RELION SOLN IJ _____	21	OASIS WOUND MATRIX _____	56
NOVA MAX PLUS KETONE TESTSTRIPS _____	58	NOVOLOG SOLN IJ _____	21	OBIZUR _____	65
NOVACHOR _____	56	NOVOSEVEN RT _____	65	OCALIVA _____	63
NOVAREL IM 5000 UNIT _____	60	NP THYROID 120 TABS _____	96	OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML _____	91
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____	100	NP THYROID 15 TABS _____	96	OCTAGAM SOLN _____	91
NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2023-24 SUSP _____	100	NP THYROID 30 TABS _____	96	octreotide acetate KIT 20 MG, 30 MG .....	62
NOVAVAX COVID-19 VACCINE/2024-25 SUSY _____	100	NP THYROID 60 TABS _____	96	octreotide acetate SOLN .....	62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20	NP THYROID 90 TABS _____	96	OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))	89
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN _____	20	NUBEQA _____	32	ODEFSEY _____	39
NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _____	20	NULIBRY _____	61	ODOMZO _____	32
		NULOJIX _____	80	OFEV _____	96
		NUMOISYN LIQD _____	82	OFF DEEP WOODS AERO _____	55
		NUPLAZID CAPS _____	37	OFF DEEP WOODS DRY AERO _____	55
		NUPLAZID TABS 10 MG _____	37	ofloxacin (ophth) _____	89



ofloxacin (otic) _____	90	ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG _	22	OPDIVO _____	31
ofloxacin 400 MG _____	63	ONE DAILY ESSENTIAL TABS __	82	OPDUALAG _____	33
OGIVRI _____	31	ONE DAILY ESSENTIALS TABS _	82	OPILL _____	46
OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT _____	58	ONE FLOW TESTER TUBE		ORA-BLEND SF SUSP _____	93
olanzapine TABS 15 MG, 20 MG .	37	MOUTHPIECE MISC _____	75	ORA-BLEND SUSP _____	93
olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG _	37	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	82	oral electrolytes SOLN _____	79
olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG .	37	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	82	ORAL MIX FLAVORED SUSPENDING VEHICLE SUSP __	93
olmesartan medoxomil _____	26	ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	82	ORAL MIX SF SUSP _____	93
olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide _____	27	ONETOUCH SOLUTIONS FIT KIT .	71	ORAL RELIEF SPRAY FOR DRYMOUTH & DISCOMFORT SOLN _____	82
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide _____	27	ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	71	ORAL SUSPEND LIQD _____	93
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	75	ONETOUCH ULTRA BLUE TESTSTRIP STRP _____	58	ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE SYRP _____	93
omega-3 fatty acids CAPS _____	87	ONETOUCH ULTRA STRP _____	58	ORAL SYRUP SF SYRP _____	93
omega-3 fatty acids CPDR _____	87	ONETOUCH VERIO FLEX BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT _____	71	ORALYTE SOLN _____	79
OMEPRAZOLE _____	45	ONETOUCH VERIO REFLECT KIT .	71	ORAPENN SD ANHYDROUS SWEETENED LIQD _____	93
OMEPRAZOLE 20MG TABLET __	98	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRP _____	58	ORAPENN SD ANHYDROUS UNSWEETENED LIQD _____	93
omeprazole CPDR _____	98	ONE-WAY VALVED EXPIRATORYMOUTHPIECE/DISPO SABLE MISC _____	75	ORA-PLUS LIQD _____	93
omeprazole magnesium TBEC __	98	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC .	75	ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	93
OMNICAP TABS _____	82	ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _	20	ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 % .	93
ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF- TEST KIT _____	58	ONPATTRO _____	95	ORENCIA CLICKJECT SOAJ ____	5
ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	58	ONUREG TABS _____	30	ORENCIA SOLR _____	5
ONCASPAR _____	35	OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine) _____	89	ORENCIA SOSY _____	5
ondansetron hcl SOLN OR 4 MG/5ML _____	22			ORENITRAM TBCR _____	43
ondansetron hcl TABS 24 MG ____	22			ORFADIN CAPS (Use nitisinone)_	61
ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG 22				ORFADIN SUSP _____	61
ondansetron TBDP 16 MG _____	22			ORGOVYX _____	32

ORKAMBI PACK _____	96	OXLUMO _____	64	PANDA MASK MEDIUM _____	75
ORKAMBI TABS _____	96	oxybutynin chloride TABS _____	98	PANDA MASK SMALL _____	75
ORLADEYO _____	66	oxybutynin chloride TB24 _____	98	PANHEMATIN 350 MG _____	66
orphenadrine citrate TB12 _____	85	oxycodone hcl CAPS _____	7	pantoprazole sodium TBEC 20 MG	98
ORTHOVISC _____	85	oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML	7	pantoprazole sodium TBEC 40 MG	98
oseltamivir phosphate CAPS 30 MG	41	oxycodone hcl SOLN _____	7	PANZYGA _____	91
oseltamivir phosphate CAPS 45 MG,	41	oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG,	7	PARI ALTERA NEBULIZER	
75 MG _____	41	40 MG, 80 MG _____	7	HANDSET MISC _____	75
oseltamivir phosphate SUSR _____	41	oxycodone hcl TABS 30 MG _____	7	PARI BABY CONVERSION KITSIZE	
OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5		oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG,	7	1 MISC _____	75
MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG		15 MG, 20 MG _____	7	PARI BABY CONVERSION KITSIZE	
(Use alogliptin-pioglitazone) _____	18	oxycodone w/ acetaminophen SOLN	8	2 MISC _____	75
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX		oxycodone w/ acetaminophen TABS		PARI BABY CONVERSION KITSIZE	
PLUS _____	56	325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325		3 MISC _____	75
OTEZLA TABS _____	5	MG-7.5 MG _____	8	PARI BUBBLES PEDIATRIC	
OTEZLA TBPK _____	5	OXYCONTIN T12A _____	7	AEROSOL MASK MISC _____	75
OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5		oyster shell _____	78	PARI ERAPID NEBULIZER	
MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5		OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	78	HANDSET MISC _____	75
MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5				PARI EXPIRATORY FILTER VALVE	
MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3	OZURDEX IMPL _____	89	SET DEVI _____	75
OVACE PLUS WASH LIQD (Use		paclitaxel protein-bound particles	36	PARI MASK SET MISC _____	75
sulfacetamide sodium) _____	52	PACLITAXEL PROTEIN-		PARI SMARTMASK BABY/ELBOW	
OVACE WASH LIQD (Use		BOUNDPARTICLES _____	36	MISC _____	75
sulfacetamide sodium) _____	52	PADCEV _____	31	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK	
OVIDE (Use malathion) _____	55	PALYNZIQ _____	61	MISC _____	75
OVIDREL SOSY SC 250		PAMELOR CAPS (Use nortriptyline		PARI SOFT PLASTIC PEDIATRIC	
MCG/0.5ML _____	60	hcl) _____	18	MASK MISC _____	75
OXAYDO TABS 5 MG _____	7	pamidronate disodium SOLN 30		PARI VORTEX ADULT MASK _____	75
oxazepam CAPS _____	10	MG/10ML, 90 MG/10ML _____	60	paricalcitol SOLN _____	61
OXBRYTA TABS 500 MG _____	66	PAMIDRONATE DISODIUM SOLN		PARLODEL CAPS (Use	
OXBRYTA TBSO _____	66	60		bromocriptine mesylate) _____	36
oxcarbazepine SUSP _____	14	PANDA MASK LARGE _____	75	PARLODEL TABS (Use	
oxcarbazepine TABS _____	14			bromocriptine mesylate) _____	36

PARNATE (Use tranylcypromine sulfate) _____	16	PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30
paroxetine hcl SUSP _____	17	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	PEMFEXY _____	30
paroxetine hcl TABS 10 MG _____	17	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN _____	79	PEN NEEDLES 30GX5MM _____	72
paroxetine hcl TABS 20 MG _____	17	PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	PEN NEEDLES 31G X 8MM _____	72
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG .	17	PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	PEN NEEDLES 31GX5MM _____	72
paroxetine hcl TB24 _____	17	PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate) _	46	PEN NEEDLES 31GX8MM _____	72
PARSABIV _____	61	PEDIARIX SUSY _____	96	PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72
PARVA-CAL _____	78	PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTPIECE MISC _____	75	PEN NEEDLES 32GX4MM _____	72
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl) .....	17	PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC .	75	PENBRAYA _____	99
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl) .	17	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	83	penicillamine TABS _____	80
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	pediatric multivitamins w/fl CHEW .	84	penicillin v potassium SOLR _____	92
PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	pediatric multivitamins w/fl SOLN .	84	penicillin v potassium TABS _____	92
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIATRIC PANDA MASK _____	75	PENTACEL _____	96
PAXLOVID 100 MG-150 MG _____	40	pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN _____	84	pentoxifylline _____	66
pazopanib hcl _____	34	PEDVAX HIB SUSP _____	99	PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____	97
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____	84	peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR _____	68	PEPCID AC TABS 10 MG (Use famotidine) _____	97
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS/IRON SOLN _____	84	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride _____	68	PEPCID AC TABS 20 MG (Use famotidine) _____	97
PCCA SWEET-SF SYRP _____	93	PEGASYS SOLN _____	41	PEPCID TABS (Use famotidine)___	97
PCCA SYRUP VEHICLE SYRP _____	93	PEG-PREP _____	68	PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate)_____	22
PCCA-PLUS SUSP _____	93	PEMAZYRE _____	34	PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate) 21	
PEAK A-I-R FLOW METER _____	75	PEMETREXED 500 MG/20ML _____	30	PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21
PEAK AIR PEAK FLOW METERADULT/PEDIATRIC _____	75			PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen)_____	8
ped multivitamins w/fl & iron SOLN	83			PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat))_____	81

PERJETA _____	31	PH 12 STERILE DILUENT		PIKO 1 ELECTRONIC _____	76
permethrin CREA _____	55	FORFLOLAN _____	93	PILLOW MASK/ADULT MISC ____	76
permethrin LIQD EX _____	55	PHARMACIST CHOICE		PILLOW MASK/CHILD MISC ____	76
perphenazine TABS _____	38	NEBULIZER/CPAP/INHALER		PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	76
perphenazine-amitriptyline _____	94	CHAMBER MASK WIPES MISC _	76		
PERSERIS PRSY _____	37	phenazopyridine hcl TABS 100 MG,		pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	82
PERSONAL BEST FULL RANGE .75		100 MG, 200 MG _____	64	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % ...	88
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE SUSP _____	100	phenelzine sulfate _____	16		
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y SUSP _____	100	phenobarbital ELIX _____	68	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	58
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP .100		phenobarbital TABS _____	68	pimecrolimus _____	54
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/5-11Y/2024-25 SUSP .100		phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 % .....	88	pindolol TABS _____	42
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y SUSP ____	100	phenylephrine hcl (oral) TABS ____	86	pioglitazone hcl _____	21
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP .....	100	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML .	48	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS .	18
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/6MO-4Y/2024-25 SUSP .100		phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	48	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	58
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/ADULT RTU SUSP .100		phenylephrine-dm SOLN _____	48	PIQRAY 200MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/5-11Y ____	100	phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____	8	PIQRAY 250MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/6M-4Y .100		phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____	8	PIQRAY 300MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID-19VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5 .100		phenytoin CHEW _____	15	pirfenidone CAPS _____	96
PFLEX MISC _____	76	phenytoin sodium extended 100 MG .	15	pirfenidone TABS _____	96
		phenytoin sodium SOLN _____	15	piroxicam CAPS _____	5
		phenytoin SUSP _____	15	PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	45
		PHEGO _____	33	PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	29
		PHOTOFRIN _____	35	PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	66
		PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT _____	89	PLEGRIDY SOAJ SC 125 MCG/0.5ML _____	95
		phytonadione TABS 5 MG _____	102	PLEGRIDY SOSY IM _____	95
		PIFELTRO _____	39	PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ SC _____	95

PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC_____ 95	POTRAZZA _____ 32	prednisolone acetate (ophth) ____ 90
PLENITY _____ 1	pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic__ 79	PREDNISOLONE ACETATE P-F 90
PLENITY WELCOME KIT _____ 1	potassium bicarbonate TBEF ____ 79	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____ 90
plerixafor _____ 67	potassium chloride CPCR 10 MEQ 79	prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML _____ 46
PNEUMOVAX 23 IJ 25 MCG/0.5ML . 99	potassium chloride CPCR 8 MEQ . 79	prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML _____ 46
PNEUMOVAX 23/1 DOSE IJ 25 MCG/0.5ML _____ 99	potassium chloride microencapsulated crystals er ____ 79	prednisolone SOLN _____ 46
POCKET PEAK FLOW METER __ 76	potassium chloride PACK OR 20 MEQ _____ 79	prednisolone TABS _____ 46
POCKETPEAK PEAK FLOW METER LOW RANGE _____ 76	potassium chloride SOLN OR 10 %, 20 % _____ 79	PREDNISONE INTENSOL CONC 46
POCKETPEAK PEAK FLOW METER/UNIVERSAL RANGE 50-720 LPM _____ 76	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ _____ 79	prednisone SOLN _____ 46
podofilox SOLN _____ 54	potassium citrate (alkalinizer) TBCR 10 MEQ, 540 MG, 1080 MG _____ 64	prednisone TABS _____ 46
POLIVY _____ 31	POTELIGEO _____ 31	prednisone TBPK _____ 46
POLYCOSE LIQD _____ 87	PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate) _____ 12	PREFERRED PLUS GLUCOSE__ 19
POLYCOSE POWD _____ 87	pralatrexate _____ 31	PREGNYL IM _____ 60
polyethylene glycol 3350 POWD _ 69	PRALUENT SOAJ _____ 25	PREGNYL W/DILUENT BENZYLALCOHOL/NACL IM ____ 60
polymyxin b-trimethoprim _____ 89	pramipexole dihydrochloride TABS 36	PREHEVBRIO _____ 100
polysaccharide iron complex CAPS 150 MG _____ 67	prasugrel hcl _____ 66	PREMARIN _____ 101
POLY-VI-FLOR CHEW _____ 84	pravastatin sodium _____ 25	PREMARIN TABS _____ 63
polyvinyl alcohol 1.4 % _____ 87	prazosin hcl CAPS _____ 26	PREMPHASE _____ 62
POLY-VI-SOL SOLN OR _____ 84	PRECISION XTRA _____ 58	PREMPRO _____ 62
POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____ 84	PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____ 89	PRENATAL VITAMINS-MISC ____ 84
POLY-VITA SOLN OR _____ 84	PRED MILD _____ 89	PREVACID 24HR CPDR (Use lansoprazole) _____ 98
POLY-VITA/IRON SOLN _____ 84	PRED-G SUSP _____ 89	PREVACID CPDR 30 MG (Use lansoprazole) _____ 98
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR 84	prednisolone acetate (ophth) ____ 89	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____ 81
POLY-VITE/IRON SOLN _____ 84		PREVIDENT 5000 DRY MOUTH
POMALYST _____ 33		

GEL (Use sodium fluoride (dental)) 81	desvenlafaxine succinate) _____ 17	HYDROCHLORIDE/DEXTROMETH ORPHAN HYDROBROMIDE SYRP (Use promethazine-dm) _____ 48
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) ____ 81	PRIVIGEN SOLN 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML _____ 91	promethazine w/codeine SOLN ____ 48
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____ 81	PRIVIGEN SOLN 5 GM/50ML ____ 91	promethazine w/codeine SYRP ____ 48
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____ 81	PROAIR RESPICLICK AEPB ____ 12	promethazine-dm SYRP _____ 48
PREVIDENT FLUORIDE GEL (Use sodium fluoride (dental)) _____ 81	probenecid _____ 65	promethazine-phenylephrine-codeine .....48
PREVNAR 13 _____ 99	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine) _____ 43	PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone) _____ 94
PREVNAR 20 _____ 99	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine) _____ 43	PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone) _____ 94
PREVYMIS SOLN _____ 40	prochlorperazine _____ 38	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC .....76
PREVYMIS TABS _____ 40	prochlorperazine maleate TABS ____ 38	propafenone hcl TABS .....10
PREZCOBIX _____ 40	PROCRIT _____ 67	propranolol hcl CP24 .....42
PREZISTA SUSP _____ 40	PROCYSBI CPDR _____ 64	propranolol hcl SOLN OR 20 MG/5ML, 40 MG/5ML _____ 42
PREZISTA TABS 150 MG ____ 40	PROCYSBI PACK _____ 64	propranolol hcl TABS _____ 42
PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____ 40	PROFILNINE _____ 65	propylthiouracil _____ 96
PREZISTA TABS 75 MG ____ 40	progesterone CAPS 100 MG ____ 93	PROQUAD SUSR _____ 100
PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____ 40	progesterone CAPS 200 MG ____ 94	PROSCAR (Use finasteride) ____ 64
PRIALT _____ 6	PROGRAF CAPS (Use tacrolimus) 80	PROTEXT SUSP _____ 56
PRILOSEC OTC TBEC (Use omeprazole magnesium) _____ 98	PROGRAF PACK _____ 80	PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 98
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate) ____ 29	PROLASTIN-C SOLN _____ 95	PROTONIX TBEC 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 98
primaquine phosphate TABS ____ 29	PROLEUKIN _____ 35	PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 12
primidone _____ 14	PROLIA SOSY _____ 60	PROVERA (Use medroxyprogesterone acetate) ____ 94
PRIORIX SUSR _____ 100	promethazine & phenylephrine SYRP .....48	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17
PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____ 17	PROMETHAZINE HCL POWD ____ 45	PROZAC CAPS 40 MG (Use
PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use	promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML _____ 24	
	promethazine hcl SUPP _____ 24	
	promethazine hcl TABS _____ 24	
	PROMETHAZINE	

fluoxetine hcl) _____	17	CAPS _____	49	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine)_____	24
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 48		PX GLUCOSE _____	19	QUESTRAN POWD (Use cholestyramine)_____	24
pseudoephedrine hcl TABS _____	86	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____	49	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____	37
pseudoephedrine hcl TB12 _____	86	pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML . 9		quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____	37
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML	49	pyrazinamide _____	29	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____	37
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____	49	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 55		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 _____	84
pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG _____	49	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % _____	55	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 _____	84
pseudoephedrine-ibuprofen TABS	49	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 % _____	55	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 _____	84
psyllium CAPS 0.52 GM _____	68	PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	64	QUFLORA PEDIATRIC SOLN _____	84
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 30.9 %, 33 %, 58.6 %, 100 % _____	68	pyridostigmine bromide TABS 60 MG _____	29	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____	58
psyllium POWD 43 % _____	68	pyridostigmine bromide TBCR _____	29	quinapril hcl _____	25
PTS PANELS EGLU STRP _____	58	pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	102	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG _____	27
PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____	11	pyrimethamine _____	29	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG _____	27
PULMOZYME _____	96	PYRUKYND TABS _____	66	quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG- 20 MG _____	27
PURAPLY 2CM X 4CM _____	56	PYRUKYND TAPER PACK TBPK _____	66	quinidine gluconate TBCR _____	10
PURAPLY 5CM X 5 CM _____	57	QC CALCIUM 500MG/D3 TABS _____	78	quinidine sulfate TABS _____	10
PURAPLY 6CM X 9CM _____	57	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____	49	QUINTABS TABS _____	82
PURE COMFORT PEAK FLOW METER ADULT _____	76	QINLOCK _____	34	QVAR REDHALER 40 MCG/ACT _____	.11
PURE COMFORT PEAK FLOW METER CHILD _____	76	QUADRACEL SUSP _____	96		
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	72	QUADRACEL SUSY _____	97		
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	72	QUARTETTE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	45		
PURIXAN SUSP _____	31	QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light)_____	24		
PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM					

QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT .11	RECOMBINATE SOLR _____	65	REPATHA SOSY _____	25
RA ARTHRITIS PAIN RELIEF CREA . 55	RECOMBIVAX HB SUSP _____	100	REPATHA SURECLICK SOAJ ____	25
RA DRY MOUTH SOLN _____	RECOMBIVAX HB SUSY _____	100	REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	55
RA GLUCOSE _____	RECORLEV _____	59	REPLACEMENT AIR FILTER MISC .	76
RABAVERT _____	REDITREX SOSY _____	3	REPLACEMENT FILTERS MISC_	76
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP _____	REGLAN TABS (Use metoclopramide hcl) _____	63	RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____	68
RADICAVA ORS SUSP _____	RELENZA DISKHALER _____	41	RETACRIT _____	67
RADICAVA SOLN (Use edaravone) . 86	RELEUKO SOLN _____	67	RETEVMO CAPS _____	34
raloxifene hcl _____	RELEUKO SOSY _____	67	RETHYMIC _____	79
ramipril CAPS _____	RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2	RETIN-A CREA (Use tretinoin) ____	50
RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus) . 80	RELEXXII TBCR 36 MG _____	2	RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) .	50
RAPAMUNE TABS (Use sirolimus) . 80	RELION GLUCOSE _____	19	RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin) _____	50
RAPID SARS-COV-2 ANTIGENTEST CARD KIT _____	RELION KETONE TEST STRIPS STRP _____	58	RETISERT _____	90
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 _____	RELION PLATINUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	58	RETROVIR CAPS (Use zidovudine) .	40
RAZADYNE ER CP24 (Use galantamine hydrobromide) _____	RELPAX (Use eletriptan hydrobromide) _____	77	RETROVIR SYRP (Use zidovudine) .	40
REBIF REBIDOSE SOAJ _____	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine) _____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/LARGE/AEROECLIPSE MISC .....	76
REBIF REBIDOSE TITRATIONPACK SOAJ _____	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine) _____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/MEDIUM/AEROECLIPSE MISC _____	76
REBIF SOSY _____	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine) _____	15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK/SMALL/AEROECLIPSE MISC .....	76
REBIF TITRATION PACK SOSY .	REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	44
REBINYN _____	REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine) _____	15	REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	44
RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS _____	2	REVATIO TABS (Use sildenafil	
	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____	25		



citrate (pulmonary hypertension)) . 44	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____ 37	ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____ 36
REVCOVI _____ 61	RISPERDAL SOLN (Use risperidone) _____ 37	rosuvastatin calcium TABS _____ 25
REVLIMID _____ 80	..... 37	ROTARIX SUSP _____ 100
REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 40	RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone) 37	ROTARIX SUSR _____ 100
REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 40	risperidone microspheres _____ 37	ROTATEQ SOLN _____ 100
REYATAZ PACK _____ 40	risperidone SOLN _____ 37	ROUGH REDROOT PIGWEED POLLEN EXTRACT _____ 2
REZUROCK _____ 80	risperidone TABS _____ 37	ROXICODONE TABS 15 MG (Use oxycodone hcl) _____ 7
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____ 91	risperidone TBDP _____ 37	ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl) _____ 7
RHOPHYLAC SOSY IJ _____ 91	RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____ 2	ROZLYTREK CAPS _____ 34
RIABNI _____ 31	RITALIN TABS 5 MG (Use methylphenidate hcl) _____ 2	RUBRACA _____ 34
RIASTAP _____ 65	ritonavir TABS _____ 40	RUCONEST _____ 66
ribavirin (hepatitis c) CAPS _____ 41	RITUXAN _____ 31	rufinamide SUSP _____ 14
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG 41	RITUXAN HYCELA _____ 33	rufinamide TABS _____ 14
riboflavin TABS _____ 102	rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____ 94	RUKOBIA _____ 40
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____ 55	rivastigmine tartrate CAPS _____ 94	RUXIENCE _____ 31
rifabutin _____ 29	RIXUBIS SOLR _____ 65	RYDAPT _____ 34
rifampin CAPS _____ 29	rizatriptan benzoate TABS _____ 77	RYLAZE _____ 35
RIGHTEST GS333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 58	rizatriptan benzoate TBDP _____ 77	RYPLAZIM _____ 66
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP . 58	ROBINUL FORTE TABS (Use glycopyrrolate) _____ 97	SABRIL PACK (Use vigabatrin) ___ 14
RILUTEK TABS (Use riluzole) ___ 86	ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate) _____ 97	SABRIL TABS (Use vigabatrin) ___ 14
riluzole TABS _____ 86	..... 97	SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral)) _____ 82
RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG ___ 3	ROCALTROL CAPS (Use calcitriol) 61	salicylic acid GEL 6 % _____ 54
risedronate sodium TABS 35 MG . 60	roflumilast _____ 11	SALINE NASAL SPRAY 0.65% ___ 85
risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG _____ 60	romidepsin SOLR _____ 34	salsalate _____ 6
risedronate sodium TBEC _____ 60	ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____ 36	SAMI THE SEAL REPLACEMENTFILTERS MISC _ 76
		SAMSCA TABS (Use tolvaptan)___ 62

SANDIMMUNE CAPS (Use cyclosporine)_____ 80	selenium sulfide LOTN 2.5 % _____ 52	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____ 37
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML . 80	selenium sulfide SHAM 1 % _____ 52	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG . 60
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG _____ 62	SELSUN BLUE CARE MENS MAXIMUM STRENGTH LOTN (Use selenium sulfide)_____ 52	sertraline hcl CONC _____ 17
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG, 30 MG (Use octreotide acetate) . 62	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)_____ 52	sertraline hcl TABS 100 MG _____ 17
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____ 62	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____ 52	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG . 17
SAPHNELO _____ 81	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____ 52	SEVENFACT _____ 65
sapropterin dihydrochloride PACK .61	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) _____ 52	SFROWASA ENEM _____ 64
sapropterin dihydrochloride TABS .62	SELZENTRY SOLN _____ 40	SHINGRIX _____ 100
SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____ 52	SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc)_____ 40	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____ 76
SAVELLA TABS _____ 94	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG . 40	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK MISC _____ 76
SAVELLA TITRATION PACK MISC . 94	SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc)_____ 40	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/SAMI THE SEAL MISC . 76
SAWYER INSECT REPELLENT CONTROLLED RELEASE LOTN . 55	SEMGLEE SOLN _____ 21	SIDESTREAM PEDIATRIC FACEMASK/TUCKER THE TURTLE MISC _____ 76
saxagliptin hcl _____ 20	SEMGLEE SOPN _____ 21	SIDESTREAM PLUS ADULT FACE MASK MISC _____ 76
saxagliptin-metformin hcl _____ 18	sennosides TABS 8.6 MG _____ 69	SIGNIFOR _____ 62
SCEMBLIX 100 MG _____ 34	sennosides-docusate sodium TABS . 68	SIGNIFOR LAR _____ 62
SCEMBLIX 20 MG, 40 MG _____ 34	SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium) _____ 69	SIKLOS TABS _____ 66
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM 55	SENOKOT TABS (Use sennosides) . 69	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____ 44
SCOT-TUSSIN DM LIQD _____ 49	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _ 62	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____ 44
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD ____ 49	SEREVENT DISKUS _____ 12	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS _____ 44
SEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____ 45	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____ 37	SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/ADULT MISC _____ 76
selegiline hcl CAPS _____ 36	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____ 37	
selegiline hcl TABS _____ 36		
selenium sulfide LOTN 1 % _____ 52		

SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/INFANT MISC_____ 76	SKYRIZI PEN SOAJ_____ 52	CO 15 GM/60ML_____ 81
SILICONE MASK FOR BREATHERITE CHAMBER/PEDIATRIC MISC___ 76	SKYRIZI PSKT _____ 52	sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate _____ 69
SILICONE MASK FOR BREATHRITE CHAMBER/ADULT MISC_____ 76	SKYRIZI SOSY_____ 52	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR TABS _____ 41
SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____ 52	SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) .102	SOF-SENSOR _____ 71
silver sulfadiazine _____ 52	SM GLUCOSE _____ 19	SOLESTA _____ 80
simethicone CHEW 80 MG_____ 63	SM GLUCOSE CHEW _____ 19	SOLQUA 100/33 _____ 18
simethicone LIQD OR 20 MG/0.3ML . 63	SM IPECAC SYRUP _____ 22	SOLUVITA SOLN _____ 79
simethicone SUSP _____ 63	SMART SENSE GLUCOSE _____ 19	SOLUVITA SOLN _____ 84
SIMLANDI 1-PEN KIT AJKT _____ 4	SMART SENSE GLUCOSE TABLETS _____ 19	SOMAVERT _____ 60
SIMLANDI 2-PEN KIT AJKT _____ 4	SOAANZ TABS 20 MG _____ 59	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____ 76
SIMPLYTHICK _____ 92	sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG _____ 9	SOOTHENEB NBL 100 MEDICATION CUP MISC _____ 76
SIMPLYTHICK EASY MIX _____ 92	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 % 64	SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC _____ 76
SIMPLYTHICK EASYMIX_____ 92	sodium chloride (inhalant) AERS _ 49	SOOTHENEB NBL100 ADULT MASK MISC _____ 77
simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____ 25	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 % _____ 49	sorafenib tosylate _____ 34
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa-levodopa) _____ 36	sodium citrate & citric acid _____ 64	SORBITOL OR 70 % _____ 69
SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium)_____ 11	sodium fluoride (dental) CREA___ 81	SORREL/DOCK MIX EXTRACT IJ_ 2
SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium)_____ 11	sodium fluoride (dental) GEL _____ 81	SOSWEET SYRP _____ 93
SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium)_____ 11	sodium fluoride (dental) PSTE DT .81	sotalol hcl (afib/af) _____ 42
sirolimus SOLN _____ 80	sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG _____ 79	sotalol hcl TABS 240 MG _____ 42
sirolimus TABS _____ 80	sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML _____ 79	sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG _____ 42
SIVEXTRO TABS _____ 29	SODIUM OXYBATE SOLN _____ 94	SOVALDI TABS _____ 41
	sodium phenylbutyrate POWD ___ 62	SOVUNA 200 MG _____ 29
	sodium phenylbutyrate TABS _____ 62	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____ 77
	sodium phosphates ENEM _____ 69	SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____ 77
	sodium polystyrene sulfonate POWD 80	
	sodium polystyrene sulfonate SUSP	

SPACERS AND BREATHING	STRENSIQ _____	62	10 %-5 % .....	50
CHAMBERS-MISC _____	77	STRESS FORMULA W/ZINC	sulfacetamide sod-prednisolone	
SPEEDY SWAB RAPID COVID-19	FORENERGY TABS _____	83	SOLN _____	90
ANTIGEN SELF-TEST KIT _____	59	STRIBILD _____	40	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW		.....	28
SUSP _____	101	METER _____	77	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS
SPIKEVAX COVID-19	SUBLOCADE SOSY _____	8	.....	28
VACCINE/2023-24 SUSP _____	100	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG,	sulfasalazine TABS .....	64
SPIKEVAX COVID-19	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG,		sulfasalazine TBEC .....	64
VACCINE/2023-24 SUSY _____	100	1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use	sulindac TABS .....	5
SPIKEVAX COVID-19	buprenorphine hcl-naloxone hcl		sumatriptan .....	77
VACCINE/2024-25 SUSY _____	100	dihydrate) _____	8	sumatriptan succinate SOAJ 6
spinosad _____	56	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG	MG/0.5ML _____	77
SPINRAZA _____	86	(Use buprenorphine hcl-naloxone hcl	sumatriptan succinate SOCT 6	
SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use	sucralfate SUSP _____	97	MG/0.5ML _____	78
tiotropium bromide monohydrate) .	11	sucralfate TABS _____	97	sumatriptan succinate SOLN 6
spironolactone & hydrochlorothiazide	SUDAFED CHILDRENS LIQD _____	86	MG/0.5ML _____	78
.....	59	SUDAFED CONGESTION TABS	sumatriptan succinate TABS _____	78
spironolactone TABS .....	59	(Use pseudoephedrine hcl) _____	86	sunitinib malate _____
SPORANOX CAPS (Use	SUDAFED PE CHILDRENS NASAL		SUPARTZ FX SOSY _____	85
itraconazole) _____	23	DECONGESTANT SOLN _____	86	SUPER BI-MIX SOLR _____
SPRAVATO 56MG DOSE _____	16	SUDAFED PE SINUS	SUPER TRI-MIX SOLR _____	43
SPRAVATO 84MG DOSE _____	16	CONGESTION TABS (Use	SUPPRELIN LA _____	61
SPRYCEL (Use dasatinib) _____	34	phenylephrine hcl (oral)) _____	86	SUPREP BOWEL PREP KIT (Use
STAMARIL SUSR _____	101	SUDAFED SINUS CONGESTION	sodium sulfate-potassium sulfate-	
stavudine CAPS _____	40	TABS (Use pseudoephedrine hcl) .	magnesium sulfate) _____	69
STELARA 130 MG/26ML _____	64	86	SURE COMFORT PEN	
STELARA SOSY _____	52	sulfacetamide sodium (acne) _____	NEEDLES31GX3/16" (5MM) _____	72
STERILE DILUENT FOR	89	sulfacetamide sodium (ophth) OINT	SURE COMFORT PEN	
REMODULIN (Use glycine diluent)	93	89	NEEDLES31GX5/16" (8MM) _____	72
STIVARGA _____	34	sulfacetamide sodium (ophth) SOLN .	SURE COMFORT PEN	
STRATTERA (Use atomoxetine hcl) .		89	NEEDLES32GX5/32" (4MM) _____	72
1		sulfacetamide sodium LIQD _____	52	SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP
		sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN	10 %-5 % _____	93
		50	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP	

SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/SWEETENED SUSP _____	93	SYRSPEND SF LIQD _____	93	TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	51
SUSPENDRX WITH BITTER-BLOC/UNSWEETENED SUSP _____	93	SYRUP VEHICLE SF SYRP _____	93	TARGRETIN (Use bexarotene) _____	35
SUSPENSION VEHICLE SUSP _____	93	SYRUP VEHICLE SYRP _____	93	TARPEYO CPDR _____	46
SUSTIVA CAPS 200 MG (Use efavirenz) _____	40	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS _____	82	TASIGNA _____	34
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz) _____	40	TABLOID _____	31	TAVNEOS _____	66
SUSVIMO OCULAR IMPLANT _____	71	TABRECTA _____	34	tazarotene CREA _____	52
SUSVIMO SOLN _____	88	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _____	54	tazarotene GEL _____	52
SUTENT (Use sunitinib malate) _____	34	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % _____	54	TAZORAC CREA (Use tazarotene)	52
SYLVANT _____	80	tacrolimus CAPS _____	80	TAZORAC GEL (Use tazarotene)	52
SYMBICORT (Use budesonide-formoterol fumarate dihydrate) _____	12	tadalafil (pulmonary hypertension) TABS _____	44	TAZVERIK _____	34
SYMDEKO _____	96	TAFINLAR CAPS _____	34	TDVAX SUSP _____	97
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	97	TECARTUS _____	32
SYMFI LO (Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	97	TECENTRIQ _____	31
SYMLINPEN 120 SOPN _____	18	TAGRISSEO _____	32	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	95
SYMLINPEN 60 SOPN _____	18	TAKHZYRO SOLN _____	66	TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	95
SYNAGIS SOLN _____	92	TAKHZYRO SOSY _____	66	TEGLUTIK SUSP _____	86
SYNAREL _____	61	TALTZ SOAJ _____	52	TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine) _____	14
SYNOJOYNT SOSY _____	85	TALTZ SOSY 80 MG/ML _____	52	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	14
SYNRIBO _____	35	TALZENNA _____	34	TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine) _____	14
SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium) _____	96	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41	TEGSEDI _____	95
SYNVISC ONE SOSY _____	85	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41	telmisartan _____	26
SYNVISC SOSY _____	85	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	41	telmisartan-amlodipine _____	27
SYPRINE (Use trientine hcl) _____	80	tamoxifen citrate TABS _____	32	telmisartan-hydrochlorothiazide _____	27
SYRPALTA SYRP 83 % _____	93	tamsulosin hcl _____	64	temazepam 15 MG, 30 MG _____	68
		TARCEVA 100 MG, 150 MG (Use erlotinib hcl) _____	32	TEMODAR CAPS 250 MG (Use temozolomide) _____	30

TEMODAR SOLR _____	30	tetracaine hcl (ophth) _____	89	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	43
temozolomide CAPS _____	30	tetracycline hcl CAPS 500 MG ____	96	TIBSOVO _____	34
TEMPO WELCOME KIT _____	71	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %	89	TICOVAC _____	101
temsirolimus _____	34	TEZSPIRE SOSY _____	10	TIGLUTIK SUSP _____	86
TENIVAC INJ _____	97	TGT GLUCOSE _____	19	TIKOSYN (Use dofetilide) _____	10
tenofovir disoproxil fumarate TABS 40		THALOMID _____	80	timolol maleate (ophth) SOLN ____	88
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	THEO-24 CP24 _____	12	timolol maleate TABS _____	42
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	theophylline ELIX _____	12	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	88
TENORMIN TABS (Use atenolol) .42		theophylline SOLN _____	12	TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	88
TEPADINA (Use thiotepa) _____	30	theophylline TB12 _____	12	TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .51	
TEPEZZA _____	61	theophylline TB24 _____	12	tioconazole vaginal 6.5 % _____	101
terazosin hcl _____	26	THERA TABS _____	83	tiopronin TABS _____	64
terbinafine hcl (topical) CREA ____	51	THEREMS MULTIVITAMIN TABS .83		tiopronin TBEC _____	64
terbinafine hcl TABS _____	23	thiamine hcl TABS _____	102	tiotropium bromide monohydrate CAPS _____	11
terbutaline sulfate TABS _____	12	thiamine mononitrate TABS 100 MG .	102	TIVDAK _____	31
terconazole vaginal CREA _____	101	THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) .64		TIVICAY TABS 50 MG _____	40
terconazole vaginal SUPP _____	101	THIOLA TABS (Use tiopronin) ____	64	TIVORBEX CAPS (Use indomethacin) _____	5
teriflunomide _____	95	thioridazine hcl _____	38	tizanidine hcl TABS _____	85
teriparatide SOPN _____	60	thiotepa _____	30	TM-DAILY VITE TABS _____	83
TERIPARATIDE SOPN _____	60	thiothixene _____	38	TOBI NEBU (Use tobramycin) ____	2
TESTOPEL PLLT _____	8	THRESHOLD IMT MISC _____	77	TOBI PODHALER CAPS _____	2
testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8	THROMBATE III _____	66	TOBRADEX OINT _____	90
testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8	THYMOGLOBULIN _____	80	TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____	90
testosterone enanthate SOLN IM ____	8	THYROGEN 0.9 MG _____	57	tobramycin (ophth) SOLN _____	89
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP _____	97	THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	96	tobramycin NEBU _____	3
tetrabenazine _____	94	tiagabine hcl _____	14	tobramycin sulfate SOLN IJ _____	3
		TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	43		

tobramycin sulfate SOLR _____	3	TOPOTECAN HCL SOLN _____	36	TREMFYA SOSY 100 MG/ML ____	52
tobramycin-dexamethasone SUSP 90		topotecan hcl SOLR _____	36	TRESIBA FLEXTOUCH SOPN __	21
TOBREX OINT _____	89	TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	42	TRESIBA SOLN _____	21
tolnaftate CREA _____	51	TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) 42		tretinoin (chemotherapy) _____	35
tolterodine tartrate CP24 _____	98			tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % .....	50
tolterodine tartrate TABS _____	98	toremifene citrate _____	32	tretinoin GEL 0.01 % _____	50
tolvaptan TABS _____	62	TORISEL (Use temsirolimus) ____	34	tretinoin GEL 0.025 % _____	50
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate) _____	14	torsemide TABS _____	59	TRETTEN _____	65
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____	14	TOTECT _____	35	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	31
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TABS (Use bosentan) 44		triamcinolone acetonide (mouth) .	81
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TBSO _____	44	triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	86
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol hcl TABS 50 MG _____	7	triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	53
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	53	tramadol-acetaminophen _____	8	triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	53
TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	26	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	53
TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 4 MG _____	26	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	54
TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril-verapamil hcl _____	27	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	54
topiramate CPSP 15 MG _____	14	tranexamic acid TABS _____	67	TRIAMINIC COLD & COUGH DAY	
topiramate CPSP 25 MG _____	14	TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use clorazepate dipotassium) _____	10	TIME CHILDRENS SYRP _____	49
topiramate TABS 100 MG _____	14	tranylcypromine sulfate _____	16	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr)	47
topiramate TABS 200 MG _____	14	TRAZIMERA _____	31	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	59
topiramate TABS 25 MG, 50 MG _	14	trazodone hcl TABS 300 MG ____	17	triamterene & hydrochlorothiazide TABS _____	59
TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	36	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17	triazolam _____	68
topotecan hcl SOLN _____	36	TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	30	TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide) _____	27
		TRECTOR _____	29		
		TRELSTAR MIXJECT _____	32		
		TREMFYA SOAJ _____	52		

TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	54	BLOOD GLUCOSE STRIPS STRP . 59	(Use acetaminophen) _____	6	
trientine hcl 250 MG _____	80	TRUE MULTIVITAMIN TABS _____	TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	6	
trientine hcl 500 MG _____	80	TRUELYTE SOLN _____	79	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	6
TRIESENCE _____	90	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW _____	19	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	6
trifluoperazine hcl TABS _____	38	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19	TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	6
trifluridine _____	89	TRULICITY SC 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML _____	20	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	6
trihexyphenidyl hcl TABS _____	36	TRUMENBA _____	99	TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____	6
TRIKAFTA TBPK _____	96	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl) _____	90	TYMLOS _____	60
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TYPHIM VI SOLN _____	99
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUXIMA _____	31	TYPHIM VI SOSY _____	99
TRILURON SOSY _____	85	TRUZONE PEAK FLOW METER _____	77	TYVASO REFILL KIT SOLN IN _____	43
trimethoprim TABS _____	28	TUBING/WING TIP MISC _____	77	TYVASO SOLN IN _____	43
TRI-MIX SOLR _____	43	TUDORZA PRESSAIR _____	11	TYVASO STARTER KIT SOLN IN _____	43
TRINTELLIX _____	17	TUKYSA _____	31	ULTIGUARD SAFEPAK/TINY PEN NEEDLE/32G X 4MM/SHARPS CONTAINERS _____	72
TRIPTODUR _____	61	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTIGUARD SAFEPAK/TINY PEN NEEDLE/32G X 6MM/SHARPS CONTAINERS _____	72
TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____	35	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC _____	77
TRIUMEQ TABS _____	40	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRACET (Use tramadol-acetaminophen) _____	8
TRIVISC SOSY _____	85	TURALIO _____	34	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	55
TRIZIVIR _____	40	TWINRIX SUSY _____	101	ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	55
TROGARZO _____	40	TYBLUME CHEW _____	45	UNIFINE PROTECT SAFETY PEN	
tropicamide SOLN _____	88	TYBOST _____	40		
tropium chloride TABS _____	98	TYKERB (Use lapatinib ditosylate) _____	34		
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW			
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	72				
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72				
TRUE METRIX SELF MONITORING					



NEEDLE 30G X 5MM _____	72	valacyclovir hcl 500 MG _____	41	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 1 GM _____	28
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	72	VALCHLOR _____	51	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 500 MG _____	28
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX5MM _____	72	VALCYTE TABS (Use valganciclovir hcl) _____	40	VANDAZOLE _____	101
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX8MM _____	72	valganciclovir hcl TABS _____	41	VAQTA _____	101
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) _____	68	VALIUM TABS (Use diazepam) _____	10	varenicline tartrate TABS _____	95
UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) _____	68	valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15	varenicline tartrate TBPK _____	95
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____	93	valproic acid CAPS _____	15	VARIVAX SUSR IJ 1350 PFU/0.5ML 101	
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____	93	valrubicin _____	33	VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	28
UNITUXIN _____	31	valsartan TABS _____	26	VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____	26
UP & UP GLUCOSE _____	19	valsartan-hydrochlorothiazide _____	27	VAXCHORA _____	99
UPTRAVI SOLR _____	44	VALSTAR (Use valrubicin) _____	33	VAXELIS SUSP _____	97
UPTRAVI TABS _____	44	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD _____	13	VAXELIS SUSY _____	97
UPTRAVI TITRATION PACK TBPK 44		VALTOCO 15 MG DOSE LQPK _____	13	VAXNEUVANCE _____	99
urea CREA 40 % _____	54	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK _____	13	VECAMYL _____	28
urea LOTN 40 % _____	54	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD _____	13	VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	32
UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	64	VALTrex 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	41	VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib) .....	34
UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	64	VALTrex 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	41	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	43
URSO 250 TABS (Use ursodiol) _____	63	VALUE PLUS GLUCOSE _____	19	VEMLIDY _____	41
ursodiol CAPS _____	63	VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	28	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____	32
ursodiol TABS 250 MG _____	63	VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	28	VENCLEXTA TABS _____	32
VABYSMO SOLN _____	88	vancomycin hcl CAPS 125 MG _____	28	venlafaxine hcl CP24 150 MG _____	17
VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	101	vancomycin hcl CAPS 250 MG _____	28	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG _____	17
valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG _____	41	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG _____	28	venlafaxine hcl CP24 75 MG _____	17
		vancomycin hcl SOLR IV 500 MG _____	28		
		vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML _____	28		

venlafaxine hcl TABS _____	17	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE/32G X 4MM _____	73	VISUDYNE _____	89
venlafaxine hcl TB24 150 MG ____	17	VERSAFREE SYRP _____	93	VITAMIN D3 LIQD OR 5000 UNIT/ML _____	102
venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG _____	18	VERSAPLUS SYRP _____	93	vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT _____	102
VENTAVIS _____	43	VERZENIO _____	34	VITAMIN E CAPS 200 UNIT ____	102
VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12	VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____	96	vitamin e CAPS 45 MG, 90 MG, 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT .	102
verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG _____	43	VICTOZA (Use liraglutide) _____	20	VITAMIN E CHEW _____	102
verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG ____	43	VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _	31	VITAMINS A/C/D/FLUORIDE SOLN ..	84
verapamil hcl TABS _____	43	vigabatrin PACK _____	14	vitamins w/ lipotropics CAPS ____	84
verapamil hcl TBCR _____	43	vigabatrin TABS _____	14	VITAZYME TABS _____	83
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE ER CP24 (Use verapamil hcl) _____	43	VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____	89	VITRAKVI CAPS _____	34
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl) 43		VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) .	17	VITRAKVI SOLN _____	34
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____	43	VIJOICE TBPk _____	80	VIVAGUARD INO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS STRP .	59
VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl) _____	43	vilazodone hcl TABS _____	17	VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol)	63
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	73	VILTEPSO _____	86	VIVIMUSTA SOLN _____	30
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	73	VIMIZIM _____	62	VIVITROL _____	22
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	73	vincristine sulfate _____	36	VIVOTIF _____	99
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6MM _____	73	VIRACEPT TABS 250 MG _____	40	VIZIMPRO _____	32
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5MM _____	73	VIRACEPT TABS 625 MG _____	40	VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) .	51
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8MM _____	73	VIREAD POWD _____	40	VONJO _____	34
VERIFINE PLUS INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	73	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	VONVENDI _____	65
		VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG _____	40	VOQUEZNA _____	98
		VISCO-3 SOSY _____	85	VORAXAZE _____	35
		VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	89	VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _	34
		VISTARIL CAPS (Use hydroxyzine pamoate) _____	10	VOXZOGO _____	62
		VISTOGARD _____	22		

VYNDAMAX _____	44	XALKORI CAPS _____	34	XYNTHA SOLOFUSE _____	65
VYNDAQEL _____	44	XANAX TABS (Use alprazolam)___	10	XYREM SOLN _____	94
VYONDYS 53 _____	86	XELJANZ SOLN _____	3	XYWAV _____	94
VYTORIN (Use ezetimibe- simvastatin)_____	24	XELJANZ TABS _____	3	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride)___	24
VYVANSE CAPS _____	1	XELJANZ XR TB24 _____	3	YASMIN 28 (Use drospirenone- ethinyl estradiol)_____	45
VYVGART _____	80	XELODA (Use capecitabine)____	31	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)_____	45
VYXEOS _____	33	XEMBIFY _____	91	YERVOY _____	31
WAKIX _____	1	XENAZINE (Use tetrabenazine) _	94	YF-VAX INJ _____	101
WALGREENS GLUCOSE _____	19	XENLETA TABS _____	29	YONDELIS _____	30
WALGREENS GLUCOSE CHEW .19		XERMELO _____	64	YONSA _____	32
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD _____	49	XEROSTOMIA RELIEF SPRAY SOLN _____	82	YUFLYMA 1-PEN KIT AJKT _____	4
warfarin sodium TABS _____	12	XGEVA SOLN _____	60	YUFLYMA 2-PEN KIT AJKT _____	4
WELIREG _____	33	XIAFLEX _____	80	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT PSKT .4	
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl)_____	18	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER AJKT _____	4
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XIPERE _____	90	YUSIMRY SC 40 MG/0.8ML_____	4
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOAJ _____	10	YUTIQ _____	90
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOLR _____	10	ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	90
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOSY _____	10	zaleplon 10 MG _____	68
white petrolatum-mineral oil _____	87	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate)_____	12	zaleplon 5 MG _____	68
WILATE KIT _____	65	XOSPATA _____	35	ZALTRAP _____	31
WINDMILL TRAINER MISC _____	77	XPOVIO _____	33	ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	85
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML__	91	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY 33		ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide) _____	15
XALATAN SOLN (Use latanoprost) 90		XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY 33		ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____	15
		XTANDI CAPS _____	32	ZARXIO _____	67
		XTANDI TABS _____	32	ZAVESCA (Use miglustat)_____	66
		XURIDEN _____	62		
		XYNTHA _____	65		

ZEJULA CAPS .....	35	ZIRABEV .....	31	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG .....	87
ZELBORAF .....	35	ZITHROMAX PACK (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG .....	87
ZEMAIRA SOLR 1000 MG .....	95	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG .....	87
ZEMAIRA SOLR 4000 MG .....	95	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG .....	87
ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 62		ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG .....	87
ZEPZELCA .....	30	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG .....	87
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) .....	28	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) .....	69	ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG .....	87
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) ..	28	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) .....	70	ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG .....	87
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril) .....	26	ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) .....	25	ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG .....	87
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 26		ZOKINVY .....	81	ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG .....	87
ZETIA (Use ezetimibe) .....	25	ZOLADEX .....	33	ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG .....	87
ZEVALIN Y-90 .....	31	zoledronic acid CONC .....	60	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG .....	87
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide) .....	28	zoledronic acid SOLN .....	60	ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG .....	87
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate) .....	40	ZOLEDRONIC ACID SOLN .....	60	ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG .....	87
ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate) .....	40	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG .....	86	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG .....	87
zidovudine CAPS .....	40	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG .....	86	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG .....	87
zidovudine SYRP .....	40	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG .....	86	ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG .....	87
zidovudine TABS .....	40	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG .....	86	ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG .....	87
ZILRETTA SRER .....	46	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG .....	87	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG .....	87
zinc oxide (topical) OINT 20 % ..	55	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG .....	87	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG .....	87
zinc sulfate CAPS .....	79	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG .....	87	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG .....	87
ZINPLAVA .....	92	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG .....	87	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG .....	87
ziprasidone hcl .....	37	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG .....	87	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG .....	87
		ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG .....	87	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG .....	87
		ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG .....	87	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG .....	87
				ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG .....	87
				ZOLINZA .....	35
				zolmitriptan SOLN 5 MG .....	78
				zolmitriptan TABS .....	78
				zolmitriptan TBDP .....	78

ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl) 17	ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)_____ 24
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____ 17	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) ..24
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____ 17	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl)..... 24
zolpidem tartrate TABS _____ 68	ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use cetirizine-pseudoephedrine) .....49
ZOMIG SOLN (Use zolmitriptan) _ 78	ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine) .....49
ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan) _____ 78	ZYTIGA (Use abiraterone acetate) 33
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____ 14	
zonisamide CAPS _____ 14	
ZORBTIVE SC _____ 60	
ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____ 52	
ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____ 52	
ZOVIRAX SUSP (Use acyclovir) _ 41	
ZUBSOLV SUBL _____ 8	
ZULRESSO _____ 16	
ZYDELIG _____ 35	
ZYKADIA TABS _____ 35	
ZYLOPRIM (Use allopurinol) ____ 65	
ZYNLONTA _____ 31	
ZYPREXA RELPREVV _____ 37	
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)_____ 38	
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine) _____ 38	
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)_____ 38	
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl)_____ 24	