

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

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

Planning for Healthy Babies®: Programa de farmacia para atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care; IPC)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de control de la natalidad para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care; IPC) de Planning for Healthy Babies®. También cubrimos algunos medicamentos para ayudar a las mujeres en IPC con sus enfermedades crónicas como diabetes y presión arterial alta. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir embarazos y los medicamentos para mantenerla saludable estén cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos (IPC-PDL, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle todos estos medicamentos.

Planning for Healthy Babies®: Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos (IPC-PDL)

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

El Programa de farmacia para Atención entre embarazos no paga por todos los medicamentos. Sólo estos tipos de medicamentos están cubiertos:

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

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

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

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

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

Medicamentos de especialidad

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

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

Estos medicamentos generalmente no están disponibles en las farmacias locales. Asegúrese de llamar a la farmacia especializada para obtener un reabastecimiento antes de que se le termine el medicamento. Los medicamentos que proporcionan las farmacias especializadas están marcados en la PDL. Esta lista se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. Comuníquese con Servicios para los Afiliados si tiene alguna pregunta sobre la PDL.

Límites de dispensación

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

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

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

solicitud usando el portal electrónico seguro de Autorización previa de Cover My Meds en www.covermymeds.com.

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

- Hay una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
- 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 IPC-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 IPC-PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

Límites de cantidad

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

Solicitudes de necesidad médica

Sólo los medicamentos que se listan en la IPC-PDL están cubiertos para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care). Si necesita un medicamento que no está en la IPC-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 IPC-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-IPC. Para medicamentos que no están en la IPC-PDL, Peach State Health Plan requiere:

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

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

Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

Exclusiones

Sólo las categorías de medicamentos que se listan en la IPC-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care). Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

Peach State Health Plan cubre algunas vacunas y medicamentos bajo el beneficio médico para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care) de Planning for Healthy Babies®. Estos medicamentos no se pueden surtir en una farmacia local. El médico puede facturarle a Peach State Health Plan por ellos. Si tiene preguntas sobre qué vacunas y medicamentos inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan.

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

Medicamentos de venta libre

La IPC-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.

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

No se requieren copagos para las mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care) de Planning for Healthy Babies®.

Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-704-1484
	Fax: 1-800-659-7518
Línea TTY/TDD de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-255-0056
Autorizaciones previas de servicios de farmacia:	1-866-399-0928
	Fax: 1-833-582-2342
Servicio de ayuda de farmacia de Express Scripts:	1-833-750-4403

Ayuda de idiomas

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

ABREVIATURAS en la Lista de medicamentos preferidos

ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de niveles
P	Medicamento preferido
REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción del requisito/límite
AL	Límite de edad: El medicamento está limitado para una edad específica
PA	Autorización previa: Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
QL	Límite de cantidad: Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
Rx/OTC	El producto tiene cobertura tanto con o sin receta
SP	Medicamento de especialidad: Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
ST	Terapia escalonada: Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.

DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la edición	Descripción de la edición
Opioide	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. Límites para personas sin tratamiento previo*: <ul style="list-style-type: none"> Dosis diaria máxima = 50 MME** Suministro máximo de días = 7 días Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada <small>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días **MME = Equivalente en miligramos de morfina</small>
Tiras reactivas	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 <ul style="list-style-type: none"> Afiliados(as) menores de 18 años Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
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
SOLN	Solución
SOLR	Solución reconstituida
SOPN	Pluma para inyección con solución
SOSY	Jeringa precargada con solución
SRER	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
STRP	Tira
SUBL	Tableta sublingual
SUER	Suspensión de liberación prolongada
SUPN	Pluma para inyección con suspensión
SUPP	Supositorio
SUSP	Suspensión
SUSR	Suspensión reconstituida
SUSY	Jeringa precargada con suspensión
SYRP	Jarabe
T12A	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso
TABS	Comprimidos
TB12	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
TB24	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
TBCR	Comprimidos de liberación prolongada
TBDP	Tableta dispersable
TBEC	Tableta con recubrimiento entérico
TBEF	Tableta efervescente
TBPK	Paquete de comprimidos terapéuticos
TBSO	Comprimido soluble

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación		
Anfetaminas		
ADDERALL XR CP24 (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ADDERALL TABS (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> CP24 1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG-1.25 MG, 2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG-2.5 MG, 3.75 MG-3.75 MG-3.75 MG- 3.75 MG, 5 MG-5 MG-5 MG-5 MG, 6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG-6.25 MG, 7.5 MG-7.5 MG-7.5 MG- 7.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use <i>dextroamphetamine sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS	P	QL(1 cada día); PA
VYVANSE CAPS	P	QL(1 cada día); PA
Analépticos		
CAFCIT SOLN IV 60 MG/3ML (Use <i>caffeine citrate</i>)	NF	
CAFFEINE CITRATED POWD	P	QL(45 gm por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>caffeine citrate</i> SOLN OR	P	QL(45 ml por surtido al por menor)
Anorexígenos no anfetamínicos		
PLENITY	NP	
PLENITY WELCOME KIT	NP	
Agentes antiobesidad		
IMCIVREE	P	SP; PA
Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)		
<i>atomoxetine hcl</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
<i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12	P	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
INTUNIV (Use <i>guanfacine hcl (adhd)</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
KAPVAY TB12 (Use <i>clonidine hcl (adhd)</i>)	NP	
STRATTERA (Use <i>atomoxetine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
Antagonistas/agonistas inversos del receptor H3 de la histamina		
WAKIX	P	SP; PA
Estimulantes - Otros		
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
CONCERTA TBCR 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dexamethylphenidate hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
FOCALIN TABS (Use <i>dexamethylphenidate 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 CPRC (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> CPRC	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 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> 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> TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); 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> 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 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 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)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RITALIN TABS 5 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS VARIOS		
Extractos alérgicos		
DOCK-SORREL POLLEN MIX EXTRACT IJ	NP	
ROUGH REDROOT PIGWEED POLLEN EXTRACT	NP	
SORREL/DOCK MIX EXTRACT IJ	NP	
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS		
Medicamentos alternativos - B's		
REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS	NP	
Medicamentos alternativos - G's		
<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)
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin sulfate SOLN IJ</i>	P	PA
<i>tobramycin sulfate SOLR</i>	P	PA
<i>tobramycin NEBU</i>	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XELJANZ XR TB24	P	SP; PA
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA
Antimetabolitos antirreumáticos		
METHOTREXATE	P	
OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	P	SP; PA
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML	P	SP; PA
REDITREX SOSY	P	SP; PA
Alfa inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) - anticuerpos monoclonales		
ADALIMUMAB-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 100 MG/5ML</i>	P	RX/OTC
Antagonista del receptor de la interleucina 1 (IL-1Ra)			<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC
KINERET SOSY	P	SP; PA	<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
ILARIS SOLN	P	SP; PA	INDOCIN SUSP (<i>Use indomethacin</i>)	NP	
Inhibidores del receptor de la interleucina 6			INDOMETHACIN	P	
ACTEMRA ACTPEN SOAJ	P	SP; PA	<i>indomethacin 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</i> TABS 325 MG, 500 MG	P	OTC	BUFFERIN (<i>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</i> TABS	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	ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
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</i> TABS 30 MG	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</i> PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR	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</i> TABS 8 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)	<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2 MG, 4 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>aspirin</i> TABS 325 MG	P	OTC			
<i>aspirin</i> TBEC 81 MG, 325 MG	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 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	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	<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 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)			
<i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			

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)
Agonistas parcialmente opioides		
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
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas		
Andrógenos		
AVEED SOLN	P	SP; PA
METHITEST TABS	P	
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA
<i>testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML</i>	P	QL(0.2858 ml al día)
<i>testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML</i>	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>testosterone enanthate SOLN IM</i>	P	QL(4 ml cada 30 días de venta al por menor)
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón		
Esteroides intrarrectales		
CORTENEMA (Use <i>hydrocortisone (intrarectal)</i>)	NP	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	P	
Combinaciones rectales		
ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides rectales		

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	
ANTIÁCIDOS		
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
ANTELMÍNTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias		
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)
MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
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	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad		
Medicamentos ansiolíticos - Varios		
bupirone hcl 5 MG, 10 MG	P	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>bupirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>bupirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS</i>	P	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>	P	
<i>meprobamate</i>	P	
VISTARIL CAPS (Use <i>hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ATIVAN TABS (Use <i>lorazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>chlordiazepoxide hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam SOLN OR 5 MG/5ML</i>	P	AL (6 meses a 12 años)
<i>diazepam TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>lorazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use <i>clorazepate dipotassium</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS (Use <i>diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS (Use <i>alprazolam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antiarrítmicos Tipo I-A		
<i>disopyramide phosphate CAPS</i>	P	
NORPACE CR CP12 150 MG	P	
NORPACE CAPS (Use <i>disopyramide phosphate</i>)	P	
<i>quinidine gluconate TBCR</i>	P	
<i>quinidine sulfate TABS</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-B		
<i>mexiletine hcl</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-C		
<i>flecainide acetate</i>	P	
<i>propafenone hcl TABS</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo III		
<i>amiodarone hcl TABS 200 MG</i>	P	
<i>dofetilide</i>	P	
TIKOSYN (Use <i>dofetilide</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares		
Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales		
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR SOAJ	P	SP; PA
XOLAIR SOLR	P	SP; PA
XOLAIR SOSY	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ml al día)
Broncodilatadores - anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	P	QL(25.8 gm por surtido al por menor)
INCRUSE ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
<i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>	P	QL(375 ml cada 20 días de venta al por menor)

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)
Moduladores de los leucotrienos		
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)
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
DALIRESP (Use roflumilast)	NP	QL(1 cada día)
roflumilast	P	QL(1 cada día)
Inhalantes con esteroides		
ARNUITY ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 gm al día)
budesonide (inhalation) SUSP	P	QL(120 ml por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)
FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	NP	
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa)	NP	
fluticasone propionate (inhalation) AEPB	P	

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 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 gm al día)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 gm al día)
Simpaticomiméticos		
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 cada día; 60 cada 30 días de venta al por menor)
albuterol sulfate AERS	NP	
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	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 0.5 %, 2.5 MG/0.5ML	P	
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 0.083 %	P	QL(12.5 ml al día)
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</i>	P	QL(0.367 gm al día)
<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 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)
Xantinas		
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	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
<i>warfarin sodium TABS</i>	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
ELIQUIS STARTER PACK TBPk	P	QL(2.47 cada día)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
Heparinas y agentes similares a los heparinoides		
ARIXTRA (Use <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, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use <i>enoxaparin sodium</i>)	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use <i>enoxaparin sodium</i>)	NP	SP; PA
Inhibidores de la trombina		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS</i>	P	
PRADAXA CAPS (Use <i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	NP	
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones		

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
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas		
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 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 ACUDIAL GEL 20 MG (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	NP	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
Anticonvulsivantes - Varios		
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 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 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 1000 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	
KEPPRA TABS 500 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(6 cada día)
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(4 cada día)
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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>topiramate CPSP 25 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>levetiracetam TABS 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>topiramate CPSP 15 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>	P		<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST	<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
MYSOLINE (Use <i>primidone</i>)	NP		<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
NEURONTIN CAPS (Use <i>gabapentin</i>)	NP	QL(9 cada día)	TRILEPTAL SUSP (Use <i>oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN SOLN (Use <i>gabapentin</i>)	NP		TRILEPTAL TABS (Use <i>oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 800 MG (Use <i>gabapentin</i>)	NP	QL(4 cada día)	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use <i>zonisamide</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 600 MG (Use <i>gabapentin</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>zonisamide CAPS</i>	P	
<i>oxcarbazepine SUSP</i>	P		Carbamatos		
<i>oxcarbazepine TABS</i>	P		<i>felbamate SUSP</i>	P	
<i>primidone</i>	P		<i>felbamate TABS</i>	P	
<i>rufinamide SUSP</i>	P	SP; PA	FELBATOL SUSP (Use <i>felbamate</i>)	NP	
<i>rufinamide TABS</i>	P	SP; PA	FELBATOL TABS (Use <i>felbamate</i>)	NP	
TEGRETOL SUSP (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		Moduladores GABA		
TEGRETOL TABS (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		GABITRIL (Use <i>tiagabine hcl</i>)	NP	
TEGRETOL-XR TB12 (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		SABRIL PACK (Use <i>vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)	SABRIL TABS (Use <i>vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(8 cada día)	<i>tiagabine hcl</i>	P	
TOPAMAX TABS 100 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 200 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(3 cada día)	Hidantoinas		
			DILANTIN (Use <i>phenytoin sodium extended</i>)	P	
			DILANTIN	P	
			DILANTIN INFATABS CHEW (Use <i>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 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 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 125 MG	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
divalproex sodium TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 500 MG	P	QL(7 cada día)
valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML, 500 MG/10ML	P	
valproic acid CAPS	P	
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión		
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)
mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 cada día)
mirtazapine TABS 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
mirtazapine TBDP 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)
REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1 cada día)
REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
Antidepresivos - Varios		
bupropion hcl TABS	P	QL(3 cada día)
bupropion hcl TB12 150 MG	P	QL(3 cada día)
bupropion hcl TB12 100 MG	P	QL(4 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 10 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 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 10 MG</i>	P	QL(4 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS 20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>escitalopram oxalate TABS 5 MG</i>	P	QL(4 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 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo			<i>escitalopram oxalate TABS 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
ZULRESSO	P	SP; PA	<i>fluoxetine hcl CAPS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)			<i>fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
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 10 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>phenelzine sulfate</i>	P		<i>fluoxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>tranylcypromine sulfate</i>	P		<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)			<i>fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
SPRAVATO 56MG DOSE	P	SP; PA	LEXAPRO TABS 20 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
SPRAVATO 84MG DOSE	P	SP; PA	LEXAPRO TABS 5 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)					
CELEXA TABS 20 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)			
CELEXA TABS 40 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 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)	trazodone hcl TABS 300 MG	P	QL(2 cada día)
paroxetine hcl SUSP	P	QL(40 ml al día); PA	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG	P	
paroxetine hcl TABS 10 MG	P	QL(6 cada día)	TRINTELLIX	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl)	NP	QL(1 cada día); PA
paroxetine hcl TABS 20 MG	P	QL(3 cada día)	vilazodone hcl TABS	P	QL(1 cada día); PA
paroxetine hcl TB24	P		Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)		
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)	NP		CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl)	NP	QL(40 ml al día); PA	desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG	P	QL(1 cada día); ST
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(2 cada día)	desvenlafaxine succinate 100 MG	P	QL(4 cada día); ST
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(6 cada día)	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(3 cada día)	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(4 cada día)	EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
sertraline hcl CONC	P	QL(6 ml al día)	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
sertraline hcl TABS 100 MG	P	QL(2 cada día)	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG	P	QL(4 cada día)
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ml al día)	venlafaxine hcl CP24 150 MG	P	QL(2 cada día)
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(4 cada día)	venlafaxine hcl CP24 75 MG	P	QL(5 cada día)
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)	venlafaxine hcl TABS	P	
Moduladores de la serotonina			venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG	P	QL(1 cada día)
nefazodone hcl	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>venlafaxine hcl TB24 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
Medicamentos tricíclicos		
<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 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P	
<i>desipramine hcl TABS 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<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	
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre		
Antidiabéticos - Análogos de la amilina		
<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
Combinaciones de antidiabéticos		
<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-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>glipizide-metformin hcl</i>	P	
<i>glyburide-metformin</i>	P	
<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	
Biguanidas		
<i>metformin hcl TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG</i>	P	
<i>metformin hcl TB24 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>metformin hcl TB24 750 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Otros antidiabéticos		
<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)

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
Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
<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)
Medicamentos miméticos de incretina		
BYDUREON BCISE AUJ	P	QL(3.4 ml cada 28 días de venta al por menor); 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
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
<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
Insulina		
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 100 UNIT/ML	P	QL(1.5 ml al día)
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH SOPN 200 UNIT/ML	P	QL(0.9 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 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
glimepiride 4 MG	P	QL(2 cada día)
glipizide TABS	P	
glipizide TB24	P	
GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide)	NP	
glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
glyburide TABS	P	
GLYNASE (Use glyburide micronized)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	P	OTC
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		
<i>diphenoxylate w/ atropine LIQD</i>	P	
<i>diphenoxylate w/ atropine TABS</i>	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 <i>diphenoxylate w/ atropine</i>)	NP	
<i>loperamide hcl CAPS</i>	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
<i>loperamide hcl TABS</i>	P	OTC; QL(8 cada día)
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
Antídotos - agentes quelantes		
CHEMET	P	
<i>deferasirox PACK</i>	P	SP; PA
<i>deferasirox TABS</i>	P	SP; PA
<i>deferasirox TBSO</i>	P	SP; PA
<i>deferiprone TABS</i>	P	SP; PA
EXJADE TBSO (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (Use <i>deferiprone</i>)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION SOLN	P	SP; PA
<i>deferoxamine mesylate</i>	P	SP; PA

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

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
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P	
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<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
ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
Antihistamínicos - etanolaminas		

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 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl CHEW</i>	P	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl SOLN OR</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl SYRP OR</i>	P	QL(240 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día)

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)
Antihistamínicos - fenotiazinas		
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)
Antihistamínicos - piperidinas		
cyproheptadine hcl SYRP	P	
cyproheptadine hcl TABS	P	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
EVKEEZA	P	SP; PA
Antihiperlipidémicos - combinaciones		
ezetimibe-simvastatin	P	QL(1 cada día); ST
VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 cada día); ST
Secuestrantes de ácidos biliares		
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	
Derivados del ácido fólico		

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 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fenofibrate TABS 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)
FENOFIBRATE TABS	P	QL(1 cada día)
<i>gemfibrozil TABS</i>	P	QL(2 cada día)
LOPID TABS (<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
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
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>metyrosine</i>)	NP	SP; PA
<i>metyrosine</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-10 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 cada día)
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	P	QL(1 cada día)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
ATACAND HCT (Use <i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	P	QL(2 cada día)
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 & 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 & 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 & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG</i>	P	QL(3 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 & 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 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
HYZAAR (Use <i>losartan potassium & 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 & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)	TENORETIC 100 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(1 cada día)	TENORETIC 50 (Use <i>atenolol & chlorthalidone</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>losartan potassium & 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 & 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 2.5 MG	P	QL(3 cada día)
minoxidil 10 MG	P	QL(10 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - 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 125 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(4 cada día)
VANCOGIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(8 cada día)
vancomycin hcl CAPS 125 MG	P	QL(4 cada día)
vancomycin hcl CAPS 250 MG	P	QL(8 cada día)
vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG	P	QL(14 por surtido al por menor)
vancomycin hcl SOLR IV 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)
vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML	P	QL(300 ml por surtido 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	
ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
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	
MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
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	
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)		
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
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer		
Medicamentos alquilantes		
ALKERAN (Use <i>melfalan</i>)	NP	
ALKERAN IV (Use <i>melfalan hcl</i>)	NP	SP; PA
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA
<i>bendamustine hcl SOLR</i>	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE SOLN	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA
<i>carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML</i>	P	SP; PA
<i>cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML</i>	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE SOLN (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>melfalan</i>	P	
<i>melfalan 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
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis		
CYRAMZA	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	P	QL(3 cada día); SP; PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	P	QL(1 cada día); SP; PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	P	QL(2 cada día); SP; PA
MVASI	P	SP; PA
ZALTRAP	P	SP; PA
ZIRABEV	P	SP; PA
Antineoplásicos - anticuerpos		
ADCETRIS	P	SP; PA
ARZERRA	P	SP; PA
BAVENCIO	P	SP; PA
BESPONSA	P	SP; PA
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
Antineoplásicos - agentes anti-HER2		
HERCEPTIN 150 MG	P	SP; PA
KANJINTI 420 MG	P	SP; PA
MARGENZA	P	SP; PA
OGIVRI	P	SP; PA
PERJETA	P	SP; PA
TRAZIMERA	P	SP; PA
TUKYSA	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2		

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 50 MG/10ML	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN (Use <i>daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA
ELLENCES SOLN	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 5.16 MG	P	SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA
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 (Use <i>topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLR</i>	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson		
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	
MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo		
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 (<i>Use ziprasidone hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
LATUDA (<i>Use lurasidone hcl</i>)	NP	
<i>lurasidone hcl</i>	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 cada día); PA
NUPLAZID TABS 10 MG	P	QL(1 cada día); PA
<i>ziprasidone hcl</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
Benzisoxazolas		
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA
INVEGA TRINZA	P	SP; PA
PERSERIS PRSY	P	SP; PA
RISPERDAL CONSTA (<i>Use risperidone microspheres</i>)	NP	SP; PA
RISPERDAL SOLN (<i>Use risperidone</i>)	NP	QL(4 ml al día); AL(AI menos 5 años)
RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>Use risperidone</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
<i>risperidone microspheres</i>	P	SP; PA
<i>risperidone SOLN</i>	P	QL(4 ml al día); AL(AI menos 5 años)
<i>risperidone TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)
<i>risperidone TBDP</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 5 años)
Butirofenonas		
HALDOL DECANOATE 100 (<i>Use haloperidol decanoate</i>)	NP	
HALDOL DECANOATE 50 (<i>Use haloperidol decanoate</i>)	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	
Dibenzapinas		
<i>clozapine TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
CLOZARIL TABS (<i>Use clozapine</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>loxapine succinate</i>	P	QL(4 cada día)
<i>olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 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 15 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 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)
<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)
SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	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 15 MG, 20 MG (Use olanzapine)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dihidroindolonas		
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)
Fenotiazinas		
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 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)
Derivados de quinolinonas		
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ABILIFY TABS (Use aripiprazole)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<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
Tioxantenos		
<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ml por surtido al por menor)
Antisépticos con cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	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	
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Antiretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST
COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine)	NP	QL(2 cada día)
COMPLERA	P	QL(1 cada día)
<i>darunavir TABS 800 MG</i>	P	QL(1 cada día); ST
<i>darunavir TABS 600 MG</i>	P	QL(2 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA	ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 cada día)
DOVATO	P		ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)
EDURANT	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS PACK	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS TABS	P	QL(2 cada día)
<i>efavirenz CAPS 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)	JULUCA	P	QL(1 cada día)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA SOLN (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>efavirenz TABS</i>	P	QL(1 cada día)	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (<i>Use lopinavir-ritonavir</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>emtricitabine CAPS</i>	P	QL(1 cada día)	<i>lamivudine SOLN</i>	P	QL(30 ml al día)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>lamivudine TABS 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EMTRIVA CAPS (<i>Use emtricitabine</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>lamivudine TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
EMTRIVA SOLN	P	QL(24 ml al día)	<i>lamivudine-zidovudine</i>	P	QL(2 cada día)
EPIVIR SOLN (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(30 ml al día)	LEXIVA SUSP	P	QL(56 ml al día)
EPIVIR TABS 300 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	LEXIVA TABS (<i>Use fosamprenavir calcium</i>)	NP	QL(4 cada día)
EPIVIR TABS 150 MG (<i>Use lamivudine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir SOLN</i>	P	QL(480 ml cada 30 días de venta al por menor)
EPZICOM (<i>Use abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>etravirine 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>etravirine 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>fosamprenavir calcium TABS</i>	P	QL(4 cada día)	<i>maraviroc TABS 300 MG</i>	P	QL(4 cada día)
FUZEON SOLR	P	SP; PA	<i>nevirapine SUSP</i>	P	QL(40 ml al día)
GENVOYA	P	QL(1 cada día)	<i>nevirapine TABS</i>	P	QL(2 cada día)
INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)	<i>nevirapine TB24 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
INTELENCE 200 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>nevirapine TB24 400 MG</i>	P	QL(1 cada día)
INTELENCE 100 MG (<i>Use etravirine</i>)	NP	QL(4 cada día)	NORVIR CAPS	P	QL(12 cada día)
ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 cada día)	NORVIR SOLN	P	QL(15 ml al día)
			NORVIR TABS (<i>Use 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 75 MG	P	QL(2 cada día); ST	TRIUMEQ TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
PREZISTA TABS 800 MG (Use <i>darunavir</i>)	NP	QL(1 cada día); ST	TRIZIVIR	P	QL(2 cada día)
PREZISTA TABS 600 MG (Use <i>darunavir</i>)	NP	QL(2 cada día); ST	TROGARZO	P	SP; PA
PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 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 200 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día)	VIRACEPT TABS 250 MG	P	QL(9 cada día)
REYATAZ CAPS 300 MG (Use <i>atazanavir sulfate</i>)	NP		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</i> TABS	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 25 MG, 75 MG	P	QL(2 cada día)	<i>zidovudine</i> CAPS	P	QL(6 cada día)
SELZENTRY TABS 300 MG (Use <i>maraviroc</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>zidovudine</i> SYRP	P	QL(60 ml al día)
SELZENTRY TABS 150 MG (Use <i>maraviroc</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>zidovudine</i> TABS	P	QL(2 cada día)
<i>stavudine</i> CAPS	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 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS OR 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<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 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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
<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
BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
Alfa-Beta bloqueadores		
<i>carvedilol 25 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG</i>	P	QL(3 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 200 MG</i>	P	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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>labetalol hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>labetalol hcl TABS 300 MG</i>	P	QL(8 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 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>LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate)</i>	NP	QL(4.5 cada día)	<i>sotalol hcl TABS 240 MG</i>	P	
<i>metoprolol succinate TB24 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>timolol maleate TABS</i>	P	
<i>metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
<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 200 MG (Use metoprolol succinate)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads)</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 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 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 240 MG</i>	P	QL(2 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 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nifedipine TB24 60 MG</i>	P	QL(2 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 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)</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>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 300 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal		
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	
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
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
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera generación		
<i>cefadroxil CAPS</i>	P	
<i>cefadroxil SUSR</i>	P	
<i>cefadroxil TABS</i>	P	
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML</i>	P	
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
Cefalosporinas de tercera generación		
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>cefixime CAPS</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)
PRODUCTOS QUÍMICOS		
Productos químicos a granel - O's		

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
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
Anticonceptivos combinados - Orales		
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)
GENERESS FE (Use <i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP	
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)
LOSEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
MIRCETTE (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP	
<i>norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	P	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>norethindrone acet & eth estra 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 & 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)
Anticonceptivos de progestina - orales		
norethindrone (contraceptive)	P	
OPILL	P	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica		
Glucocorticosteroides		
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 5 MG/5ML, 6.7 MG/5ML, 15 MG/5ML	P	
prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
prednisolone SOLN	P	
prednisolone TABS	P	
PREDNISONA INTENSOL CONC	P	
prednisone SOLN	P	
prednisone TABS	P	
prednisone TBPk	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralocorticoides		
fludrocortisone acetate TABS	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		

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
Antitusivos		
<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 dextromethorphan polistirex)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex)	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 hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr)	NP	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias		
ADVIL COLD & SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & 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 loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	P	OTC; 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)
<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); 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>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 (<i>Use 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 & 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 (<i>Use 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 & 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 & 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 (<i>Use pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NF				
MUCINEX DM TB12 (<i>Use 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
<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)
<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>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPATOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPATOM CAPS	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
TRIAMINIC COLD & COUGH DAY TIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH & COLD LIQD	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
Expectorantes		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ml cada 7 días de venta 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>guaifenesin SYRP</i>	P	QL(240 ml cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día); 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)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); 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)
Inhalantes respiratorios - varios		
<i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>	P	OTC; QL(240 ml por surtido al por menor)
<i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>	P	
Mucolíticos		
<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Productos contra el acné		
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)	Antibióticos tópicos		
<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)
			Antifúngicos tópicos		

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 & 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 & menthol</i>)	NP	OTC; QL(222 ml por surtido al por menor)
Antipsoriásicos		
<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
Productos antiseborreicos		
OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
OVACE WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide 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)
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 gm por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 gm por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 gm cada 30 días de venta al por menor)
Productos para quemaduras		
SILVADENE (<i>Use silver sulfadiazine</i>)	NP	
<i>silver sulfadiazine</i>	P	
Corticosteroides - tópicos		
<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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>betamethasone valerate OINT</i>	P		<i>fluticasone propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate emollient base 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)
<i>clobetasol propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK	NP	
<i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %</i>	P	
<i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical) CREA 1 %</i>	P	QL(454 por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %</i>	P	OTC
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use <i>fluocinolone acetonide</i>)	NP	QL(118.28 ml por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>desonide CREA</i>	P		<i>hydrocortisone (topical) LOTN 1 %</i>	P	QL(453.6 gm por surtido al por menor)
<i>desonide OINT</i>	P	QL(2 gm al día)	<i>hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 %</i>	P	RX/OTC
DESOWEN CREA (Use <i>desonide</i>)	NP		<i>hydrocortisone butyrate SOLN</i>	P	
<i>desoximetasone CREA 0.25 %</i>	P	QL(2 gm al día)	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
<i>desoximetasone CREA 0.05 %</i>	P		<i>mometasone furoate CREA</i>	P	QL(50 gm por surtido al por menor)
<i>desoximetasone GEL</i>	P	QL(2 gm al día)	<i>mometasone furoate OINT</i>	P	QL(45 gm por surtido al por menor)
<i>desoximetasone OINT 0.25 %</i>	P	QL(2 gm al día)	<i>mometasone furoate SOLN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 gm por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.05 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	
<i>fluocinolone acetonide OIL</i>	P	QL(118.28 ml por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)
<i>fluocinonide emulsified base</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	TOPICORT GEL (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)
<i>fluocinonide CREA 0.05 %</i>	P	QL(150 gm cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor	TOPICORT OINT 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 gm al día)
<i>fluocinonide GEL</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA</i>	P	
<i>fluocinonide OINT</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)	<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN</i>	P	QL(60 ml por surtido al por menor)
<i>fluocinonide SOLN</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
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
Medicamentos para diagnóstico		
CORTROSYN SOLR (Use <i>cosyntropin</i>)	NP	SP; PA
<i>cosyntropin</i> 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	NP	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
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	RX/OTC
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH ULTRA STRP	NP	RX/OTC
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIPS	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH ULTRA STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; 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
DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas		
Enzimas digestivas		
CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)
DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial		
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
<i>acetazolamide CP12</i>	P	
<i>acetazolamide TABS</i>	P	
<i>dichlorphenamide</i>	P	SP; PA
KEVEYIS (Use <i>dichlorphenamide</i>)	NP	SP; PA
<i>methazolamide TABS</i>	P	
Combinaciones de diuréticos		
ALDACTAZIDE (Use <i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
MAXZIDE TABS (Use <i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>)	NP	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	P	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>triamterene & 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	
SOAAZ 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	
MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
Inhibidores de los esteroides adrenales		
ISTURISA	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de la densidad ósea		
ACTONEL TABS 35 MG (Use <i>risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA

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
<i>FORTEO SOPN (Use teriparatide)</i>	NP	SP; PA
<i>FOSAMAX TABS 70 MG (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
<i>RECLAST SOLN (Use zoledronic acid)</i>	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>teriparatide 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 (Use <i>cetorelix acetate</i>)	NP	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (Use <i>ganirelix acetate</i>)	NP	PA
Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
SOMAVERT	P	SP; PA
Productos de hormona del crecimiento		
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
Péptidos natriuréticos		
VOXZOGO	P	SP; PA
Hormonas de la hipófisis posterior		
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)
Medicamentos somatostáticos		
<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
Antagonistas de los receptores de la vasopresina		
JYNARQUE TABS	P	SP; PA
JYNARQUE TBPk	P	SP; PA
SAMSCA TABS (Use <i>tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
<i>tolvaptan TABS</i>	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use <i>estradiol & norethindrone acetate</i>)	NP	QL(1 cada día)
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>estradiol & norethindrone acetate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P	
PREMPHASE	P	
PREMPRO	P	
Estrógenos		
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	P	QL(8 por surtido al por menor)
CLIMARA PTWK (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
MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS - VARIOS - Medicamentos diversos para el tratamiento de problemas del sistema urinario y los órganos reproductores		
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
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P	
Medicamentos contra la gota		
<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	
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
ADVATE	P	SP; PA
ADYNOVATE	P	SP; PA
AFSTYLA	P	SP; PA
ALPHANATE SOLR	P	SP; PA
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT	P	SP; PA
ALPROLIX	P	SP; PA
BENEFIX KIT	P	SP; PA
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 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT	P	SP; PA
HEMOFIL M SOLR 1501 - 2000 UNIT	P	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
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA
CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>miglustat</i>	P	SP; PA
ZAVESCA (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		
FER-IN-SOL SOLN (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ml al día)
FERRETTs 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		
MOZOBIL (<i>Use plerixafor</i>)	NP	SP; PA
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
AMICAR SOLN OR (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	QL(236.5 ml cada 30 días de venta al por menor); SP
AMICAR TABS 1000 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	SP; PA
AMICAR TABS 500 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP
<i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>	P	SP; PA
<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 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(AI menos 12 años)
<i>tranexamic acid TABS</i>	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
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 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<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 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zaleplon 5 MG</i>	P	QL(1 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)
LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal		
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>	NP	
<i>psyllium POWD 43 %</i>	P	
<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	
Laxantes - varios		
<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
Laxantes salinos		
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
Laxantes estimulantes		
<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)
Laxantes surfactantes		
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 50 MG</i>	P	OTC
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)
<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
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Azitromicina		
<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 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
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)
Clarithromicina		
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
clarithromycin TABS	P	QL(28 por surtido al por menor)
clarithromycin TB24	P	QL(14 por surtido al por menor)
Eritromicinas		
E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP	
erythromycin base CPEP	P	
erythromycin base TABS	P	
erythromycin base TBEC	P	
erythromycin ethylsuccinate SUSR	P	
erythromycin ethylsuccinate TABS	P	
erythromycin stearate TABS 250 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Vendas-Apósitos-Adhesivos		
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC
Anticonceptivos		
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC
Suministros para diabéticos		
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE 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	P	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	NP	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
Suministros para terapia respiratoria		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADAPTER PED DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT DISPOSABLE MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
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

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

PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA -

Medicamentos para tratar la migraña

Combinaciones contra la migraña

CAFERGOT TABS (<i>Use ergotamine w/ caffeine</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>ergotamine w/ caffeine</i> TABS	P	AL(AI menos 18 años)

Productos contra la migraña

<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN NA 4 MG/ML	P	AL(AI menos 18 años)
MIGRANAL SOLN NA (<i>Use dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)

Agonistas de la serotonina

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>eletriptan hydrobromide</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (<i>Use sumatriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	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 (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ml cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
IMITREX TABS (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (<i>Use rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(0.4 cada día)
MAXALT TABS 10 MG (<i>Use rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>naratriptan hcl</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
RELPAX (<i>Use eletriptan hydrobromide</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>rizatriptan benzoate</i> TBDP	P	QL(0.4 cada día)
<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>sumatriptan succinate</i> 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)
MINERALES Y ELECTROLITOS		
Calcio		
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
Mezclas de electrolitos		
BIOLYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERALYTE 70 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERASPORT EX1 SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
CERASPORT SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
ENFAMIL ENFALYTE SOLN	P	QL(1000 ml por surtido al por menor)
EQUALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ml por surtido al por menor)
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)
Flúor		
<i>sodium fluoride CHEW 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2.2 MG</i>	P	AL(Hasta 15 años)
<i>sodium fluoride SOLN 0.125 MG/DROP, 0.5 MG/ML</i>	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
SOLUVITA SOLN	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
Magnesio		
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS	P	OTC
<i>magnesium oxide (mg supplement) TABS 241.5 MG, 400 MG</i>	P	OTC
MAGNESIUM OXIDE CAPS	P	OTC

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

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 250 MG</i>	P	SP; PA
<i>trientine hcl 500 MG</i>	P	SP
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA
REVLIMID	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM IV 50 MG/ML	P	SP; PA
<i>azathioprine TABS 75 MG, 100 MG</i>	P	PA
<i>azathioprine TABS 50 MG</i>	P	
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
Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos		
SYLVANT	P	SP; PA
Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS)		
VIJOICE TBPK	P	SP; PA
Medicamentos eliminadores de potasio		
<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
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE AFECCIONES BUCALES/GARGANTA/DENTALES		
Anestésicos tópicos orales		
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
Antiinfecciosos - Garganta		
NYSTATIN (<i>Use nystatin (mouth-throat)</i>)	NP	QL(120 ml por surtido al por menor)
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	P	QL(120 ml por surtido al por menor)
Antisépticos - Bucales/Garganta		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	P	
PERIDEX (<i>Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>)	NP	
Productos dentales		
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de 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
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del complejo B		
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Complejo B con C		
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
Complejo B con ácido fólico		
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con hierro		
<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
Multivitaminas con minerales		
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas		
ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
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
STRESS FORMULA W/ZINC FOREENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día); 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
Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro		
<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN</i>	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con minerales		
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con flúor		
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
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
FLORIVA PLUS SOLN	P	QL(50 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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
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
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-1.2 MG-10 MCG-6.75 MG-750 MCG-4.5 MCG-0.5 MG, 60 MG-0.3 MG-1.05 MG-13.5 MG-1.05 MG-4.5 MCG-1.2 MG-2500 UNIT-400 UNIT-15 UNIT-0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE 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
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
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW</i>	P	RX/OTC

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 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		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ml por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos		
Terapia reparadora del cartílago articular		
MACI	P	SP; PA
Relajantes musculares centrales		

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>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 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
LIORESAL INTRATHECAL SOLN IT 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	
Viscosuplementos		
DUROLANE PRSY	P	SP; PA
EUFLEXXA SOSY	P	SP; PA
GEL-ONE	P	SP; PA
GELSYN-3 SOSY	P	SP; PA
GENVISC 850 SOSY	P	SP; PA
HYALGAN SOLN	P	SP; PA
HYALGAN SOSY	P	SP; PA
HYMOVIS	P	SP; PA
HYRONAN KIT	P	SP; PA
MONOVISC	P	SP; PA
ORTHOVISC	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SUPARTZ FX SOSY	P	SP; PA
SYNOJOYNT SOSY	P	SP; PA
SYNVISC ONE SOSY	P	SP; PA
SYNVISC SOSY	P	SP; PA
TRILURON SOSY	P	SP; PA
TRIVISC SOSY	P	SP; PA
VISCO-3 SOSY	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		
FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
LITTLE REMEDIES SALINE 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)
Antialérgicos nasales		
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ml por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ml cada 30 días de venta al por menor)
Anticolinérgicos nasales		
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		

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
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)
Descongestionantes simpaticomiméticos		
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)
MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES - Medicamentos para relajar/paralizar los músculos		
Medicamentos contra la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)		
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
Medicamentos contra la distrofia muscular		
AMONDYS 45	P	SP; PA
EXONDYS 51	P	SP; PA
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
Medicamentos contra la atrofia muscular espinal (SMA)		
EVRYSDI	P	SP; PA
SPINRAZA	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA

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
NUTRIENTES		
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ml por surtido al por menor)
POLYCOSE POWD	P	OTC; QL(350 gm por surtido al por menor)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Sustancias nutritivas varias		
<i>omega-3 fatty acids CAPS</i>	P	OTC; QL(6 cada día)
<i>omega-3 fatty acids CPDR</i>	P	QL(6 cada día)
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Lágrimas y lubricantes artificiales		
<i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>	P	OTC; QL(31 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>white petrolatum-mineral oil</i>	P	OTC; QL(30 gm por surtido al por menor)
Betabloqueadores oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	P	
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)
Midriáticos ciclopéjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (<i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i>)	NP	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P	
CYCLOGYL (<i>Use cyclopentolate hcl</i>)	NP	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
CYCLOGYL 2 %	P	
<i>cyclopentolate hcl 1 %, 2 %</i>	P	
<i>cyclopentolate hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ml por surtido al por menor)
ISOPTO ATROPINE SOLN	P	
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	
Mióticos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>	P	
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis		
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
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
IOPIDINE	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
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)
TOBEX 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)
Descongestionantes oftálmicos		
<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
Terapia génica oftálmica		
LUXTURNA	P	SP; PA
Anestésicos oftálmicos locales		
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P	
Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VISUDYNE	P	SP; PA
Fotoprotectores oftálmicos		
PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA
Esteroides oftálmicos		
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>	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>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	
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		
ACULAR (<i>Use ketorolac tromethamine (ophth)</i>)	NP	QL(10 ml por surtido al por menor)
ACULAR LS (<i>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)
MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído		
Medicamentos óticos - varios		
<i>acetic acid (otic)</i>	P	QL(15 ml cada 30 días de venta al por menor)
<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)
Esteroides óticos		
<i>DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))</i>	NP	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 5 años)
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	P	QL(20 ml por surtido al por menor); AL(Al menos 5 años)
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	P	QL(20 ml cada 30 días de venta al por menor)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		
Oxitócicos		
<i>methylergonovine maleate TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia		
Sueros inmunitarios		
<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 5 GM/50ML</i>	P	PA
<i>FLEBOGAMMA DIF SOLN</i>	P	SP; 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</i>	P	SP; PA
<i>OCTAGAM SOLN 5 GM/50ML</i>	P	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
Anticuerpos monoclonales		

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
PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
AMOXICILLIN SUSR (Use <i>amoxicillin</i>)	NP	
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
Combinaciones de penicilinas		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
Medicamentos e ingredientes internos		
SIMPLYTHICK	P	OTC; QL(1816 gm por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
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	
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/ modificación hormonal		
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 200 MG (<i>Use progesterone</i>)	NP	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)
PROVERA (<i>Use medroxyprogesterone acetate</i>)	NP	

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales

Medicamentos contra la dependencia química

<i>disulfiram 250 MG</i>	P	
--------------------------	---	--

Medicamentos anticatapléjicos

SODIUM OXYBATE SOLN	P	SP; PA
XYREM SOLN	P	SP; PA
XYWAV	P	SP; PA

Medicamentos contra la demencia

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	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día); 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GILENYA 0.5 MG	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA (Use fingolimod hcl)	NP	QL(1 cada día); SP
glatiramer acetate SOSY	P	SP
KESIMPTA	P	SP; PA
PLEGRIDY STARTER PACK 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 (Use dimethyl fumarate)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate)	NP	SP
teriflunomide	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
bupropion hcl (smoking deterrent)	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine)	NP	QL(1 cada día)
NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex)	NP	QL(20 cada día)
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex)	NP	QL(24 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex)	NP	QL(20 cada día)
nicotine polacrilex GUM	P	QL(24 cada día)
nicotine polacrilex LOZG	P	QL(20 cada día)
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	P	
nicotine MISC XX	P	QL(1 cada día)
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR	P	QL(1 cada día)
NICOTROL INHALER INHA	P	QL(16.8 cada día)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ml al día)
varenicline tartrate TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
varenicline tartrate TBPK	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA
TEGSEDI	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares		
Inhibidor de la alfa-proteinasa (humano)		
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	P	SP; PA
GLASSIA SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLN	P	SP; PA
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
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
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	
MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas		
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	
TOXOIDES		
Combinaciones de toxoides		
ADACEL SUSP	P	
BOOSTRIX SUSP	P	
BOOSTRIX SUSY	P	
DAPTACEL	P	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P	
INFANRIX	P	
KINRIX SUSY	P	
PEDIARIX SUSY	P	
PENTACEL	P	
QUADRACEL SUSP	P	

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>	P	
<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	NP	
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>	P	
<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
<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 10 MG (<i>Use famotidine</i>)	NP	OTC
PEPCID AC TABS 20 MG (<i>Use famotidine</i>)	NP	RX/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
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga		
Antiespasmódicos urinarios – Estimuscarínicos (anticolinérgicos)		
DETROL LA CP24 (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)
DETROL TABS (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día)
DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use <i>oxybutynin chloride</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<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	
VACUNAS		
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	
IPOX 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 2 %</i>	P	OTC; QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	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
VANDAZOLE	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone vaginal</i>	P	QL(454 gm por surtido al por menor)
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use <i>hydrocortisone vaginal</i>)	NP	QL(454 gm por surtido al por menor)
Estrógenos vaginales		
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 0.15 MG/0.15ML</i>	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 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	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	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	
VITAMINAS		
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 400 UT/0.028ML</i>	P	Límite de edad = menos de 6 meses
<i>cholecalciferol LIQD OR 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>	P	
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
ABRYSVO _____	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	ARNUIITY 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 cilexetil) _____	26	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML .	101
aripiprazole TABS _____	38	ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-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	bupropion hcl 15 MG _____ 10	calcitonin (salmon) IJ _____ 60
bumetanide TABS _____ 59	bupropion hcl 5 MG, 10 MG _____ 9	calcitonin (salmon) NA _____ 60
BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide) _____ 59	bupropion hcl 7.5 MG, 30 MG _____ 10	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 AUIJ _____ 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 UNIVERSAL CPAPFILTERS MISC _____ 74	cefdinir CAPS _____ 44
CARAFATE TABS (Use sucralfate) . 97	carglumic acid _____ 61	cefdinir SUSR _____ 44
CARBAGLU (Use carglumic acid) 61	CARNITOR SF SOLN OR (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) . 61	cefixime 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		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	DEMSEER (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	deferoxamine 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 deferoxamine 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-doxyamine- 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, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____	46	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML_____	47
desmopressin acetate spray _____	62	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN 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 sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____	46	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____	48
desmopressin acetate TABS _____	62	dexamethasone SOLN _____	46	dextromethorphan-phenylephrine- acetaminophen CAPS _____	48
desogestrel & ethinyl estradiol ___	45	dexamethasone TABS _____	46	DEXYCU SUSP IO _____	89
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	45	DEXCOM G6 RECEIVER _____	70	DHIVY TABS _____	36
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____	45	DEXCOM G7 RECEIVER _____	70	DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	56
desonide CREA _____	53	DEXCOM G7 SENSOR _____	70	DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	56
desonide OINT _____	53	DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) _	1	DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	48
DESOWEN CREA (Use desonide) 53		DEXILANT (Use dexlansoprazole) 97		DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13
desoximetasone CREA 0.05 % ___	53	dexlansoprazole _____	98	DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13
desoximetasone CREA 0.25 % ___	53	dexmethylphenidate hcl TABS _____	1	DIACOMIT PACK 250 MG _____	13
desoximetasone GEL _____	53	dexrazoxane hcl _____	35	DIACOMIT PACK 500 MG _____	13
desoximetasone OINT 0.25 % ___	53	DEXTENZA INST _____	89	DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	13
desvenlafaxine succinate 100 MG .17		dextroamphetamine sulfate CP24 _	1		
desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____	17	dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____	1		
DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____	98	dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML _____	47		
DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____	98	dextromethorphan polistirex LQCR 47			
DEX4 _____	19	dextromethorphan polistirex SUER 47			
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	diphenhydramine hcl TABS 25 MG 23	
dibucaine	54	DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	6	diphenoxylate w/ atropine LIQD	22
dichlorphenamide	59	diltiazem hcl coated beads CP24 MG, 180 MG, 300 MG	42	diphenoxylate w/ atropine TABS	22
diclofenac potassium TABS 50 MG	4	diltiazem hcl coated beads CP24 MG	42	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	96
diclofenac sodium (ophth)	90	diltiazem hcl CP12	42	dipyridamole	66
diclofenac sodium (topical) GEL EX 51		diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG 43		disopyramide phosphate CAPS	10
diclofenac sodium TBEC	4	diltiazem hcl CP24 240 MG	43	DISPOSABLE MOUTHPIECE FULL RANGE MISC	74
dicloxacillin sodium	92	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE LOWRANGE/PEDIATRIC MISC	74
dicyclomine hcl CAPS	97	diltiazem hcl extended release beads 240 MG	42	DISPOSABLE MOUTHPIECE/LOW RANGE MISC	74
dicyclomine hcl SOLN OR	97	diltiazem hcl TABS	43	DISPOSABLE MOUTHPIECE/UNIVERSAL RANGE MISC	74
dicyclomine hcl TABS	97	dimenhydrinate TABS	22	DISPOSABLE PAPER MOUTHPIECE MISC	74
DIFFERIN AL DÍA DEEP CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)	50	dimethyl fumarate CDPK	94	disulfiram 250 MG	94
DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole)	23	dimethyl fumarate CPDR	94	DITROPAN XL TB24 5 MG, 10 MG (Use oxybutynin chloride)	98
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)	23	DIOVAN HCT (Use valsartan- hydrochlorothiazide)	27	divalproex sodium CSDR	15
DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)	23	DIOVAN TABS (Use valsartan)	26	divalproex sodium TB24 250 MG	15
diflunisal TABS	6	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG	68	divalproex sodium TB24 500 MG	15
digoxin SOLN OR 0.05 MG/ML	43				
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	
docusate sodium CAPS 50 MG __ 69	drospirenone-ethinyl estradiol ____ 45	
docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML _____ 69	DROXIA CAPS _____ 66	
DOCUSATE SODIUM SYRP ____ 69	droxidopa _____ 102	
docusate sodium TABS _____ 69	DRYSOL SOLN _____ 55	
dofetilide _____ 10	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use bisacodyl) _____ 69	
DOJOLVI _____ 87	DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) . 69	
donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG _____ 94	DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) . 69	
dorzolamide hcl _____ 90	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG _____ 17	
DORZOLAMIDE HCL _____ 90	DUROLANE PRSY _____ 85	
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	
		econazole nitrate CREA _____ 51
		ECOTRIN ARTHRITIS PAIN TBEC (Use aspirin) _____ 6
		ECOTRIN REGULAR STRENGTH TBEC (Use aspirin) _____ 6
		ECOTRIN TBEC (Use aspirin) ____ 6
		ED BRON GP LIQD _____ 48
		edaravone SOLN _____ 86
		EDURANT _____ 39
		efavirenz CAPS 200 MG _____ 39

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

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

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

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

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

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

UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT_____	65	HYALGAN SOSY _____	85	hydrocortisone (topical) LOTN 1 %	53
HEPAGAM B SOLN IJ _____	91	HYCAMTIN CAPS _____	36	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %	53
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) OINT 1 %, 2.5 %	53
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML _____	12	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	47	hydrocortisone butyrate SOLN ____	53
HEPLISAV-B SOSY _____	99	hydralazine hcl TABS _____	28	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____	53
HERCEPTIN 150 MG _____	31	HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN _____	79	hydrocortisone TABS _____	46
HERCEPTIN HYLECTA _____	33	HYDRALYTE SOLN _____	79	hydrocortisone vaginal _____	101
HIBERIX SOLR IJ _____	98	HYDREA (Use hydroxyurea) ____	35	hydrocortisone w/acetic acid ____	91
HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	38	hydrochlorothiazide CAPS _____	59	HYDROMORPHONE HCL SUPP__	6
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	82	hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG _____	59	hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG _____	6
HIZENTRA SOLN _____	91	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN _____	47	hydromorphone hcl TABS 8 MG ____	6
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	hydroxychloroquine sulfate 200 MG	29
homatropine hbr _____	88	hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____	32
HULIO AJKT _____	4	HYDROCORT LOTION COMPLETEKIT THPK _____	53	hydroxyprogesterone caproate OIL	93
HULIO PSKT _____	4	hydrocortisone (intrarectal) _____	8	hydroxyurea _____	35
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	20	hydrocortisone (rectal) EX 1 % ____	9	hydroxyzine hcl SYRP _____	10
HUMALOG SOLN IJ _____	20	hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % ____	9	hydroxyzine hcl TABS _____	10
HUMATE-P SOLR _____	65	hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %	53	hydroxyzine pamoate CAPS ____	10
HUMATROPE CART IJ _____	60	hydrocortisone (topical) CREA 1 %	53	HYMOVIS _____	85
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	20	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %	53	hyoscyamine sulfate ELIX _____	97
HUMULIN 70/30 SUSP _____	20	HYOSCYPAMINE SULFATE POWD	97	HYOSCYPAMINE SULFATE SOLN OR 0.125 MG/ML _____	97
HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____	20	hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG	97		
HUMULIN N SUSP _____	20				
HUMULIN R SOLN IJ _____	20				
HYALGAN SOLN _____	85				

hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG97	IDHIFA _____ 34	INCRELEX _____ 61
hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG 97	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 43	INCRUSE ELLIPTA _____ 10
hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG97	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	ILUVIEN _____ 89	INDOMETHACIN _____ 4
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.4ML ____ 4	imatinib mesylate _____ 34	indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.4ML ____ 4	IMBRUVICA CAPS _____ 34	indomethacin SUPP _____ 4
HYRONAN KIT _____ 85	IMBRUVICA TABS _____ 34	indomethacin SUSP _____ 4
HY-VEE GLUCOSE _____ 19	IMCIVREE _____ 1	INFANRIX _____ 96
HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 27	IMFINZI _____ 31	INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____ 4
ibandronate sodium SOLN _____ 60	imipramine hcl TABS _____ 18	INFANTS SILAPAP SOLN OR ____ 6
IBRANCE CAPS _____ 34	imiquimod 5 % _____ 54	INLYTA _____ 31
IBRANCE TABS _____ 34	IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____ 77	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____ 74
ibuprofen CHEW _____ 4	IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 77	INQOVI _____ 33
ibuprofen lysine _____ 4	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____ 77	INREBIC _____ 34
ibuprofen SUSP 100 MG/5ML ____ 4	IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____ 77	INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN . 20
ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4	IMLYGIC _____ 36	INSULIN ASPART PENFILL SOCT . 20
ibuprofen TABS 200 MG _____ 4	IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____ 22	INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART FLEXPEN SUPN _____ 20
ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4	IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____ 22	INSULIN ASPART PROTAMINE/INSULIN ASPART SUSP _____ 20
icatibant acetate SOLN _____ 65	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR . 99	INSULIN ASPART SOLN IJ ____ 20
icatibant acetate SOSY _____ 65	IMURAN TABS (Use azathioprine) 80	
ICLUSIG _____ 34		
IDELVION _____ 65		

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

50 MG, 75 MG _____	95	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	90	KOGENATE FS KIT _____	65
KALYDECO PACK 5.8 MG _____	96	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4	KOKO PEAK PRO REPLACEMENT PLASTIC MOUTHPIECE MISC _____	74
KALYDECO TABS _____	96	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	5	KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	18
KANJINTI 420 MG _____	31	ketorolac tromethamine TABS _____	5	KORLYM (Use mifepristone (hyperglycemia)) _____	19
KANUMA _____	61	KETOSTIX STRP _____	58	KOSELUGO _____	34
KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 % 90		KOVALTRY _____	65
KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	KEVEYIS (Use dichlorphenamide) 59		K-PHOS NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	79
KCENTRA _____	65	KEY-E CHEW _____	102	KRINTAFEL _____	29
KEMOPLAT SOLN _____	30	KEYTRUDA _____	31	KROGER GLUCOSE _____	19
KEPIVANCE 5.16 MG _____	35	KHAPZORY _____	35	KRYSTEXXA _____	65
KEPIVANCE 6.25 MG _____	35	KIMMTRAK _____	31	K-TAB TBCR 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	79
KEPPRA SOLN OR 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE PREMAX SOLN _____	79	KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61
KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE SOLN _____	79	KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	61
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINERET SOSY _____	4	KYPROLIS _____	34
KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINRIX SUSY _____	96	labetalol hcl TABS 100 MG _____	42
KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13	KISQALI _____	34	labetalol hcl TABS 200 MG _____	41
KERALYT GEL (Use salicylic acid) 54		KISQALI FEMARA 200 DOSE _____	33	labetalol hcl TABS 300 MG _____	42
KERALYT GEL _____	54	KISQALI FEMARA 400 DOSE _____	33	lactic acid (ammonium lactate) CREA	54
KESIMPTA _____	95	KISQALI FEMARA 600 DOSE _____	33	lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	54
ketoconazole (topical) CREA _____	51	KITABIS PAK NEBU (Use tobramycin) _____	2	lactulose (encephalopathy) _____	64
ketoconazole (topical) SHAM 2 % .51		KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	50	lactulose SOLN _____	69
KETONE STRP	58	KLONOPIN TABS (Use clonazepam)	13	LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE CHEW (Use	
KETONE TEST STRIPS STRP _____	58	KOATE SOLR _____	65		
ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	90	KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____	65		

lamotrigine) _____	13	LATUDA (Use lurasidone hcl) ____	37	MG _____	14
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 AL DÍA DOSE _	31	levocarnitine (metabolic modifiers) TABS _____	61
lamivudine TABS 150 MG _____	39	LENVIMA 12MG AL DÍA DOSE __	31	levocetirizine dihydrochloride TABS 24	
lamivudine TABS 300 MG _____	39	LENVIMA 14 MG AL DÍA DOSE _	31	levofloxacin TABS _____	63
lamivudine-zidovudine _____	39	LENVIMA 18 MG AL DÍA DOSE _	31	levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML _____	35
lamotrigine CHEW _____	13	LENVIMA 20 MG AL DÍA DOSE _	31	levoleucovorin calcium SOLR ____	35
lamotrigine TABS _____	13	LENVIMA 24 MG AL DÍA DOSE _	31	levonorgestrel & eth estradiol TABS 45	
lamotrigine TB24 _____	13	LENVIMA 4 MG AL DÍA DOSE __	31	levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	45
LANCETS-MISC _____	71	LENVIMA 8 MG AL DÍA 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	
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			
LATANOPROST SOLN _____	90				

calcium) _____	39	lithium carbonate CAPS _____	36	loratadine SOLN _____	24
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
lisdexamphetamine 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		
LITETOUCH MASK MEDIUM MISC .	74	loratadine & pseudoephedrine TB12 .	48		
LITETOUCH MASK SMALL MISC .74		loratadine & pseudoephedrine TB24 .	48		
lithium _____	36				

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

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

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

VACCINE/BIVALENT/6MO-5Y ___	100	MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen)_____	5	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 _	83
MODERNA COVID-19 VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5	100	MOUTH KOTE REMINT SOLN ___	81	MULTIVITAMIN ADULT TABS ___	82
MODERNA COVID-19 VACCINE6MO-5Y SUSP _____	100	MOUTH KOTE SOLN _____	82	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR _____	84
MOI-STIR SOLN _____	81	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	89	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER SOLN OR _____	84
molindone hcl _____	38	MOZOBIL (Use plerixafor) _____	67	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 CREA _____	53	MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate) _____	7	MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN 84	
mometasone furoate OINT _____	53	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine- 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
mometasone furoate SOLN _____	53	MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) _____	48	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW _____	83
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) . 101		MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) __	48	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN _____	83
MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	101	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin) _____	49	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
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) .101		MUCINEX TB12 (Use guaifenesin) 49		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 _____	83
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RELIEF MAXIMUM STRENGTH (Use hydrocortisone vaginal) ___	101	MULPLETA _____	67	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE CHEW _____	83
MONJUVI _____	31	MULTI VITAMIN TABS _____	82	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN _____	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-0.25 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 CHEW _____	11	multiple vitamin TABS _____	82	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN _____	83
montelukast sodium PACK _____	11	multiple vitamins w/ iron TABS _____	82	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 _____	83
montelukast sodium TABS _____	11	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS 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
morphine sulfate SOLN OR 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	7	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	82	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 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	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-600 MCG-4.5 MCG- 230 MCG _____	83
morphine sulfate SUPP _____	7			mupirocin calcium (topical) _____	50
morphine sulfate TABS _____	7			mupirocin OINT _____	50
morphine sulfate TBCR _____	7			MVASI _____	31
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____	5				

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	nitrofurantoin monohyd macro ____	29
NEUPOGEN SOLN _____	67 niacin (antihyperlipidemic)) _____	25 nitroglycerin CPCR _____	9
NEUPOGEN SOSY _____	67 nicardipine hcl CAPS _____	43 nitroglycerin PT24 _____	9
NEURONTIN CAPS (Use	NICODERM CQ PT24 TD (Use	95 nitroglycerin SUBL _____	9
gabapentin) _____	14 nicotine) _____	NITROSTAT SUBL (Use	
NEURONTIN SOLN (Use	NICORETTE GUM (Use nicotine	nitroglycerin) _____	9
gabapentin) _____	14 polacrilex) _____	NITYR TABS _____	61
NEURONTIN TABS 600 MG (Use	NICORETTE LOZG (Use nicotine	NIVA THYROID TABS _____	96
gabapentin) _____	14 polacrilex) _____	NIVESTYM SOLN _____	67
NEURONTIN TABS 800 MG (Use	NICORETTE MINI LOZG (Use	NIVESTYM SOSY _____	67
gabapentin) _____	14 nicotine polacrilex) _____	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use	
NEUTROGENA T/GEL SHAM 0.5 %	NICORETTE STARTER KIT GUM	permethrin) _____	55
(Use coal tar extract) _____	(Use nicotine polacrilex) _____	NIZORAL SHAM _____	51
nevirapine SUSP _____	39 nicotine MISC XX _____	NORDITROPIN FLEXPLO SOPN	60
nevirapine TABS _____	39 nicotine polacrilex GUM _____	norelgestromin-ethinyl estradiol __	45
nevirapine TB24 100 MG _____	39 nicotine polacrilex LOZG _____	norethin acet & estrad-fe TABS 1	
nevirapine TB24 400 MG _____	39 nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14	MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30	
NEXAVAR (Use sorafenib tosylate)	34 NICOTINE TRANSDERMAL	MCG-75 MG _____	45
34 SYSTEM KIT _____	95 NICOTROL INHALER INHA _____	norethindrone & eth estradiol ____	45
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR	95 NICOTROL NS SOLN _____	45 norethindrone & ethinyl estradiol-fe	
(Use esomeprazole magnesium) _	98 nifedipine CAPS _____	43 norethindrone (contraceptive) ____	46
NEXIUM 24HR CPDR (Use	43 nifedipine TB24 30 MG, 90 MG __	43 norethindrone acet & eth estra TABS	
esomeprazole magnesium) _____	43 nifedipine TB24 60 MG _____	45	
NEXIUM CPDR 20 MG (Use	43 NINLARO _____	93 norethindrone acetate TABS _____	93
esomeprazole magnesium) _____	61 nitisinone CAPS _____	62 norethindrone acetate-ethinyl	
NEXVIAZYME _____	61 NITRO-BID OINT _____	estradiol _____	62
niacin (antihyperlipidemic) TABS _	9 NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)	norethindrone acetate-ethinyl	
25 niacin (antihyperlipidemic) TBCR .	99	estradiol-fe _____	45
25 niacin CPCR 250 MG, 500 MG _	29 nitrofurantoin29	norethindrone-eth estradiol (triphasic)	
102 niacin TABS 500 MG _____	102 nitrofurantoin macrocrystal 50 MG,	45 norgestimate-ethinyl estradiol	
102 niacin TBCR _____	29 100 MG _____	(triphasic) _____	45
NIACIN TR CPCR _____	102		
NIACIN TR TBCR _____	102		

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 DRY MOUTH & 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 EXPIRATORY MOUTHPIECE/DISPO SABLE MISC _____	75	ORA-PLUS LIQD _____	93
omeprazole magnesium TBEC __	98	ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _	20	ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	93
OMNICAP TABS _____	82	ONPATTRO _____	95	ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 % .	93
ON/GO COVID-19 ANTIGEN SELF- TEST KIT _____	58	ONUREG TABS _____	30	ORENCIA CLICKJECT SOAJ ____	5
ON/GO ONE COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT _____	58	OPCON-A (Use naphazoline w/ pheniramine) _____	89	ORENCIA SOLR _____	5
ONCASPAR _____	35			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 500 MG/20ML ____	30
paroxetine hcl SUSP _____	17	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30
paroxetine hcl TABS 10 MG _____	17	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN _____	79	PEMFEXY _____	30
paroxetine hcl TABS 20 MG _____	17	PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	PEN NEEDLES 30GX5MM ____	72
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG . 17		PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	79	PEN NEEDLES 31G X 8MM ____	72
paroxetine hcl TB24 _____	17	PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate) _	46	PEN NEEDLES 31GX5MM ____	72
PARSABIV _____	61	PEDIARIX SUSY _____	96	PEN NEEDLES 31GX8MM ____	72
PARVA-CAL _____	78	PEDIATRIC DISPOSABLE MOUTPIECE MISC _____	75	PEN NEEDLES 32G X 4MM ____	72
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIATRIC MOUTHPIECE/DISPOSABLE MISC .	75	PEN NEEDLES 32GX4MM ____	72
.....	17	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	83	PENBRAYA _____	99
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl) .17		pediatric multivitamins w/fl CHEW .	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-REP _____	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			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	PFLEX MISC _____	76	PIFELTRO _____	39
PERJETA _____	31	PH 12 STERILE DILUENT FORFLOLAN _____	93	PIKO 1 ELECTRONIC _____	76
permethrin CREA _____	55	PHARMACIST CHOICE NEBULIZER/CPAP/INHALER CHAMBER MASK WIPES MISC _	76	PILLOW MASK/ADULT MISC ____	76
permethrin LIQD EX _____	55	phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 100 MG, 200 MG _____	64	PILLOW MASK/CHILD MISC ____	76
perphenazine TABS _____	38	phenelzine sulfate _____	16	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	76
perphenazine-amitriptyline _____	94	phenobarbital ELIX _____	68	pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	82
PERSERIS PRSY _____	37	phenobarbital TABS _____	68	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % ...	88
PERSONAL BEST FULL RANGE .75		phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	88	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	58
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE SUSP _____	100	phenylephrine hcl (oral) TABS ____	86	pimecrolimus _____	54
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/5-11Y SUSP ____	100	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML .	48	pindolol TABS _____	42
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/5-11Y/2023-24 SUSP .	100	phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	48	pioglitazone hcl _____	21
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/5-11Y/2024-25 SUSP .	100	phenylephrine-dm SOLN _____	48	pioglitazone hcl-metformin hcl TABS .	18
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/6MO-4Y SUSP ____	100	phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____	8	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	58
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/6MO-4Y/2023-24 SUSP	100	phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____	8	PIQRAY 200MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/6MO-4Y/2024-25 SUSP	100	phenytoin CHEW _____	15	PIQRAY 250MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/ADULT RTU SUSP .	100	phenytoin sodium extended 100 MG .	15	PIQRAY 300MG DAILY DOSE ____	34
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/5-11Y __	100	phenytoin sodium SOLN _____	15	pirfenidone CAPS _____	96
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/6M-4Y .	100	phenytoin SUSP _____	15	pirfenidone TABS _____	96
PFIZER-BIONTECH COVID- 19VACCINE/BIVALENT/BA.4/BA.5 .	100	PHESGO _____	33	piroxicam CAPS _____	5
		PHOTOFRIN _____	35	PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	45
		PHOTREXA/PHOTREXA VISCOUS KIT _____	89	PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	29
		phytonadione TABS 5 MG _____	102	PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	66
				PLEGRIDY SOAJ SC 125 MCG/0.5ML _____	95
				PLEGRIDY SOSY IM _____	95
				PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ	

SC _____	95	POMALYST _____	33	prednisolone acetate (ophth) _____	89
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC _____	95	PORTRAZZA _____	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				PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	81
POLY-VITE/IRON SOLN _____	84				

PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental)) 81	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____ 17	PROMETHAZINE 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-codeine48
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 MISC76
PREVYMIS TABS _____ 40	prochlorperazine maleate TABS__ 38	propafenone hcl TABS10
PREZCOBIX _____ 40	PROCRIT _____ 67	propranolol hcl CP2442
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 SYRP48	PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17
PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____ 17	PROMETHAZINE HCL POWD ____ 45	
	promethazine hcl SOLN OR 6.25 MG/5ML _____ 24	
	promethazine hcl SUPP _____ 24	
	promethazine hcl TABS _____ 24	

PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 49	cholestyramine light) _____ 24
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 48	PX GLUCOSE _____ 19	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____ 24
pseudoephedrine hcl TABS _____ 86	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 49	QUESTRAN POWD (Use cholestyramine) _____ 24
pseudoephedrine hcl TB12 _____ 86	pyrantel pamoate SUSP 144 MG/ML . 9	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____ 37
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .49	pyrazinamide _____ 29	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____ 37
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____ 49	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 55	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____ 37
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 MG29	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	
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	

QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT .11	acid) _____	60	SOCT _____	25
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) _____	RELPAK (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		
	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM			

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

REPLACEMENTFILTERS MISC _	76	selegiline hcl TABS _____	36	(Use quetiapine fumarate) _____	37
SAMSCA TABS (Use tolvaptan)___	62	selenium sulfide LOTN 1 % _____	52	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37
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			
selegiline hcl CAPS _____	36				

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

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

NEEDLES32GX5/32" (4MM) _____	72	SYNVISC SOSY _____	85	tamoxifen citrate TABS _____	32
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP 93		SYPRINE (Use trientine hcl) _____	80	tamsulosin hcl _____	64
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/SWEETENED SUSP _____	93	SYRPALTA SYRP 83 % _____	93	TARCEVA 100 MG, 150 MG (Use erlotinib hcl) _____	32
SUSPENDRX WITH BITTER- BLOC/UNSWEETENED SUSP _____	93	SYRSPEND SF LIQD _____	93	TARGETIN (Use bexarotene (topical)) _____	51
SUSPENSION VEHICLE SUSP _____	93	SYRUP VEHICLE SF SYRP _____	93	TARGETIN (Use bexarotene) _____	35
SUSTIVA CAPS 200 MG (Use efavirenz) _____	40	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS _____	82	TARPEYO CPDR _____	46
SUSTIVA CAPS 50 MG (Use efavirenz) _____	40	TABLOID _____	31	TASIGNA _____	34
SUSVIMO OCULAR IMPLANT _____	71	TABRECTA _____	34	TAVNEOS _____	66
SUSVIMO SOLN _____	88	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _____	54	tazarotene CREA _____	52
SUTENT (Use sunitinib malate) _____	34	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % _____	54	tazarotene GEL _____	52
SYLVANT _____	80	tacrolimus CAPS _____	80	TAZORAC CREA (Use tazarotene) 52	
SYMBICORT (Use budesonide- formoterol fumarate dihydrate) _____	12	tadalafil (pulmonary hypertension) TABS _____	44	TAZORAC GEL (Use tazarotene) _____	52
SYMDEKO _____	96	TAFINLAR CAPS _____	34	TAZVERIK _____	34
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	97	TDVAX SUSP _____	97
SYMFI LO (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	97	TECARTUS _____	32
SYMLINPEN 120 SOPN _____	18	TAGRISSE _____	32	TECENTRIQ _____	31
SYMLINPEN 60 SOPN _____	18	TAKHZYRO SOLN _____	66	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	95
SYNAGIS SOLN _____	92	TAKHZYRO SOSY _____	66	TECFIDERA STARTER PACK CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	95
SYNAREL _____	61	TALTZ SOAJ _____	52	TEGLUTIK SUSP _____	86
SYNOJOYNT SOSY _____	85	TALTZ SOSY 80 MG/ML _____	52	TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine) _____	14
SYNRIBO _____	35	TALZENNA _____	34	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	14
SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium) _____	96	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41	TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine) _____	14
SYNVISC ONE SOSY _____	85	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	41	TEGSEDI _____	95
		TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	41	telmisartan _____	26
				telmisartan-amlodipine _____	27

telmisartan-hydrochlorothiazide	27	testosterone enanthate SOLN IM	8	MG, 90 MG, 120 MG	96
temazepam 15 MG, 30 MG	68	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT SUSP	97	tiagabine hcl	14
TEMODAR CAPS 250 MG (Use temozolomide)	30	tetrabenazine	94	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)	43
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-AL DÍA 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		
		THYROGEN 0.9 MG	57		
		THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60			

TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____	90	topiramate TABS 200 MG _____	14	TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	30
tobramycin (ophth) SOLN _____	89	topiramate TABS 25 MG, 50 MG _	14	TRECATOR _____	29
tobramycin NEBU _____	3	TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	36	TRELSTAR MIXJECT _____	32
tobramycin sulfate SOLN IJ _____	3	topotecan hcl SOLN _____	36	TREMFYA SOAJ _____	52
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	TOREMIFENE CITRATE _____	32	tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	50
tolterodine tartrate TABS _____	98	TORISEL (Use temsirolimus) ____	34	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	TORISEL (Use temsirolimus) ____	34	TRETTEN _____	65
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____	14	toremifene citrate _____	32	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	31
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____	14	TORISEL (Use temsirolimus) ____	34	triamcinolone acetonide (mouth) .	81
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____	14	TORISEL (Use temsirolimus) ____	34	triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	86
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14	torsemide TABS _____	59	triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	53
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	53	TOTECT _____	35	triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	53
TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	TRACLEER TABS (Use bosentan) 44		triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	53
TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	53	TRACLEER TBSO _____	44	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	54
TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	tramadol hcl TABS 50 MG _____	7	TRIAMINIC COLD & COUGH DAY	
topiramate CPSP 15 MG _____	14	tramadol-acetaminophen _____	8	TIME CHILDRENS SYRP _____	49
topiramate CPSP 25 MG _____	14	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	26	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr)	47
topiramate TABS 100 MG _____	14	trandolapril 4 MG _____	26	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	59
		trandolapril-verapamil hcl _____	27	triamterene & hydrochlorothiazide	
		tranexamic acid TABS _____	67		
		TRANXENE T TABS 7.5 MG (Use clorazepate dipotassium) _____	10		
		tranylcypromine sulfate _____	16		
		TRAZIMERA _____	31		
		trazodone hcl TABS 300 MG ____	17		
		trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17		

TABS _____	59	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5MM _____	72	TYBOST _____	40
triazolam _____	68	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72	TYKERB (Use lapatinib ditosylate)	34
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide) _____	27	TRUE METRIX SELF MONITORING BLOOD GLUCOSE STRIPS STRP	59	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES/PAIN + FEVER CHEW (Use acetaminophen) _____	6
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	54	TRUE MULTIVITAMIN TABS _____	83	TYLENOL CHILDRENS PAIN +FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	6
trientine hcl 250 MG _____	80	TRUELYTE SOLN _____	79	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	6
trientine hcl 500 MG _____	80	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW ____	19	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	6
TRIESENCE _____	90	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19	TYLENOL FOR CHILDREN/ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	6
trifluoperazine hcl TABS _____	38	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
trifluridine _____	89	TRUMENBA _____	99	TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____	6
trihexyphenidyl hcl TABS _____	36	TRUSOPT (Use dorzolamide hcl)	90	TYMLOS _____	60
TRIKAFTA TBPK _____	96	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	40	TYPHIM VI SOLN _____	99
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUXIMA _____	31	TYPHIM VI SOSY _____	99
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUZONE PEAK FLOW METER .	77	TYVASO REFILL KIT SOLN IN ____	43
TRILURON SOSY _____	85	TUBING/WING TIP MISC _____	77	TYVASO SOLN IN _____	43
trimethoprim TABS _____	28	TUDORZA PRESSAIR _____	11	TYVASO STARTER KIT SOLN IN .	43
TRI-MIX SOLR _____	43	TUKYSA _____	31	ULTIGUARD SAFEPAK/TINY PEN NEEDLE/32G X 4MM/SHARPS CONTAINES _____	72
TRINTELLIX _____	17	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTIGUARD SAFEPAK/TINY PEN NEEDLE/32G X 6MM/SHARPS CONTAINES _____	72
TRIPTODUR _____	61	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _	9	ULTRA NEB NEBULIZER ACCESSORIES KIT MISC _____	77
TRISENOX (Use arsenic trioxide)	35	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRACET (Use tramadol- acetaminophen) _____	8
TRIUMEQ TABS _____	40	TURALIO _____	34		
TRIVISC SOSY _____	85	TWINRIX SUSY _____	101		
TRIZIVIR _____	40	TYBLUME CHEW _____	45		
TROGARZO _____	40				
tropicamide SOLN _____	88				
tropium chloride TABS _____	98				
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4MM _____	72				

ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	55	ursodiol TABS 250 MG _____	63	vancomycin hcl CAPS 250 MG ____	28
ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	55	VABYSMO SOLN _____	88	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM, 1000 MG _____	28
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5MM _____	72	VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	101	vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .28	
UNIFINE PROTECT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4MM _____	72	valacyclovir hcl 1 GM, 1000 MG__	41	vancomycin hcl SOLR OR 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .28	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX5MM _____	72	valacyclovir hcl 500 MG _____	41	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 1 GM _____	28
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31GX8MM _____	72	VALCHLOR _____	51	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR IV 500 MG _____	28
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) ____	68	VALCYTE TABS (Use valganciclovir hcl) _____	40	VANDAZOLE _____	101
UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) ____	68	valganciclovir hcl TABS _____	41	VAQTA _____	101
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____	93	VALIUM TABS (Use diazepam) ____	10	varenicline tartrate TABS _____	95
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____	93	valproate sodium SOLN OR 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15	varenicline tartrate TBPK _____	95
UNITUXIN _____	31	valproic acid CAPS _____	15	VARIVAX SUSR IJ 1350 PFU/0.5ML 101	
UP & UP GLUCOSE _____	19	valrubicin _____	33	VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	28
UPTRAVI SOLR _____	44	valsartan TABS _____	26	VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____	26
UPTRAVI TABS _____	44	valsartan-hydrochlorothiazide ____	27	VAXCHORA _____	99
UPTRAVI TITRATION PACK TBPK 44		VALSTAR (Use valrubicin) ____	33	VAXELIS SUSP _____	97
urea CREA 40 % _____	54	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD ____	13	VAXELIS SUSY _____	97
urea LOTN 40 % _____	54	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK__	13	VAXNEUVANCE _____	99
UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	64	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK__	13	VECAMYL _____	28
UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	64	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____	13	VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	32
URSO 250 TABS (Use ursodiol) __	63	VALTrex 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	41	VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)	34
ursodiol CAPS _____	63	VALTrex 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	41	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	43
		VALUE PLUS GLUCOSE _____	19	VEMLIDY _____	41
		VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	28	VENCLEXTA STARTING PACK	
		VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	28		
		vancomycin hcl CAPS 125 MG ____	28		

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

VONVENDI _____	65	WINDMILL TRAINER MISC _____	77	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	
VOQUEZNA _____	98	WINRHO SDF SOLN 1500		33	
VORAXAZE _____	35	UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000		XTANDI CAPS _____	32
VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _	34	UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML__	91	XTANDI TABS _____	32
VOXZOGO _____	62	XALATAN SOLN (Use latanoprost)		XURIDEN _____	62
VYNDAMAX _____	44	90		XYNTHA _____	65
VYNDAQEL _____	44	XALKORI CAPS _____	34	XYNTHA SOLOFUSE _____	65
VYONDYS 53 _____	86	XANAX TABS (Use alprazolam)__	10	XYREM SOLN _____	94
VYTORIN (Use ezetimibe-		XELJANZ SOLN _____	3	XYWAV _____	94
simvastatin) _____	24	XELJANZ TABS _____	3	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use	
VYVANSE CAPS _____	1	XELJANZ XR TB24 _____	3	levocetirizine dihydrochloride)____	24
VYVGART _____	80	XELODA (Use capecitabine)____	31	YASMIN 28 (Use drospirenone-	
VYXEOS _____	33	XEMBIFY _____	91	ethinyl estradiol) _____	45
WAKIX _____	1	XENAZINE (Use tetrabenazine) _	94	YAZ (Use drospirenone-ethinyl	
WALGREENS GLUCOSE _____	19	XENLETA TABS _____	29	estradiol) _____	45
WALGREENS GLUCOSE CHEW .19		XERMELO _____	64	YERVOY _____	31
WAL-TUSSIN PEDIATRIC COUGH		XEROSTOMIA RELIEF SPRAY		YF-VAX INJ _____	101
& COLD LIQD _____	49	SOLN _____	82	YONDELIS _____	30
warfarin sodium TABS _____	12	XGEVA SOLN _____	60	YONSA _____	32
WELIREG _____	33	XIAFLEX _____	80	YUFLYMA 1-PEN KIT AJKT _____	4
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG		XIGDUO XR (Use dapagliflozin		YUFLYMA 2-PEN KIT AJKT _____	4
(Use bupropion hcl) _____	16	propanediol-metformin hcl) _____	18	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT PSKT .4	
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG		XIPERE _____	90	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	
(Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOAJ _____	10	AJKT _____	4
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG		XOLAIR SOLR _____	10	YUSIMRY SC 40 MG/0.8ML _____	4
(Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOSY _____	10	YUTIQ _____	90
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG		XOPENEX HFA (Use levalbuterol		ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen	
(Use bupropion hcl) _____	16	tartrate) _____	12	fumarate (ophth)) _____	90
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG		XOSPATA _____	35	zaleplon 10 MG _____	68
(Use bupropion hcl) _____	16	XPOVIO _____	33	zaleplon 5 MG _____	68
white petrolatum-mineral oil _____	87	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY		ZALTRAP _____	31
WILATE KIT _____	65	33		ZANAFLEX TABS 4 MG (Use	

tizanidine hcl)	85	zidovudine TABS	40	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	87
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	15	ZILRETTA SRER	46	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	87
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	15	zinc oxide (topical) OINT 20 %	55	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	87
ZARXIO	67	zinc sulfate CAPS	79	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	87
ZAVESCA (Use miglustat)	66	ZINPLAVA	92	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	87
ZEJULA CAPS	35	ziprasidone hcl	37	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	87
ZELBORAF	35	ZIRABEV	31	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	87
ZEMAIRA SOLR 1000 MG	95	ZITHROMAX PACK (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	87
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	95	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	87
ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 62		ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	87
ZEPZELCA	30	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	87
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	28	ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	87
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) ..	28	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	87
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril)	26	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin)	69	ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	87
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 26		ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin)	70	ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	87
ZETIA (Use ezetimibe)	25	ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin)	25	ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	87
ZEVALIN Y-90	31	ZOKINVY	81	ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	87
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide)	28	ZOLADEX	33	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	87
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate)	40	zoledronic acid CONC	60	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	87
ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)	40	zoledronic acid SOLN	60	ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	87
zidovudine CAPS	40	ZOLEDRONIC ACID SOLN	60	ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	87
zidovudine SYRP	40	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	86	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	87
		ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	86	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	87
		ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	86	ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	87
		ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	86	ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	87
		ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	87	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	87
				ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	87
				ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	87
				ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	87
				ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	87
				ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	87

ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG_____	87	ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use olanzapine) _____	38
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG_____	87	ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine)_____	38
ZOLINZA _____	35	ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine) _____	38
zolmitriptan SOLN 5 MG _____	78	ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl)_____	24
zolmitriptan TABS _____	78	ZYRTEC CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)_____	24
zolmitriptan TBDP _____	78	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl)	24
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl) 17		ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN OR (Use cetirizine hcl)	24
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC-D ALLERGY/CONGESTION (Use cetirizine-pseudoephedrine)	49
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC-D ALLERGY/SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine)	49
zolpidem tartrate TABS _____	68	ZYTIGA (Use abiraterone acetate)	33
ZOMIG SOLN (Use zolmitriptan) _	78		
ZOMIG TABS 2.5 MG, 5 MG (Use zolmitriptan) _____	78		
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		