

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Límites de dispensación

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

### Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

### Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

### Terapia escalonada

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

### Límites de cantidad

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

### Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

### Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

### Exclusiones

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

### Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

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

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

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

### Medicamentos de venta libre

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

### Medicamentos genéricos

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

### Surtir una receta

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

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

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

### Copagos

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

**Información del contacto**

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

**Ayuda de idiomas**

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

**ABREVIATURAS en la Lista de medicamentos preferidos**

<b>ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Definiciones de niveles</b>
<i>P</i>	Medicamento preferido
<b>REQUISITOS o LÍMITES</b>	
<b>Requisito/Límites</b>	<b>Descripción del requisito/límite</b>
<i>AL</i>	<b>Límite de edad:</b> El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	<b>Autorización previa:</b> Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	<b>Límite de cantidad:</b> Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
<i>Rx/OTC</i>	El producto tiene cobertura <b>tanto con o sin receta</b>
<i>SP</i>	<b>Medicamento de especialidad:</b> Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
<i>ST</i>	<b>Terapia escalonada:</b> Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.
<b>DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS</b>	
<b>Nombre de la edición</b>	<b>Descripción de la edición</b>
<i>Opioide</i>	Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene

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

### ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ml por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>TOLSURA CAPS</i>	P	PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS</i>	P	
<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
Lipopéptidos cíclicos		
<i>daptomycin</i>	P	PA
<i>DAPTOMYCIN (Use daptomycin)</i>	NP	PA
<i>DAPTOMYCIN</i>	P	PA
Lincosamidas		
<i>CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl)</i>	NP	

Georgia Medicaid Family Planning

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

**MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS -**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias</b>		
<b>Vasodilatadores periféricos</b>		
<i>inositol niacinate CAPS</i>	P	PA
<b>CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
<b>Cefalosporinas de primera generación</b>		
CEFAZOLIN SODIUM/DEXTROSE SOLN 5 %-2 GM/100ML	P	PA
CEFAZOLIN SODIUM SOLN 4 %-1 GM/50ML	P	PA
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML</i>	P	
<b>Cefalosporinas de segunda generación</b>		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML</i>	P	
<i>cefexitin sodium IV</i>	P	PA
<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)
<b>Cefalosporinas de tercera generación</b>		
<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>ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM</i>	P	PA
<b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>		
<b>Anticonceptivos combinados - Orales</b>		

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREAM CREA	P	PA
EPICYN SOLN	P	PA
HYCLODEX SOLN	P	PA
HYPOCYN SOLN	P	PA
QBREXZA	P	PA
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	
NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i> )	NP	
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 gm por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 %</i>	P	
RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX	P	
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ml cada 14 días de venta al por menor)
<b>FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid Family Planning

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

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

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

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

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

Georgia Medicaid Family Planning

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ml por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i> )	NP	QL(200 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ml por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i> )	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
<i>nafticillin sodium IV</i>	P	PA
<b>SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine TABS</i>	P	
<b>TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Tetraciclinas		
DORYX TBEC 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use <i>doxycycline hyclate</i> )	NP	PA
<i>doxycycline hyclate CAPS 50 MG, 100 MG</i>	P	

Georgia Medicaid Family Planning

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>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P		HIBERIX SOLR IJ	P	
<i>doxycycline hyclate TBEC</i>	P	PA	MENACTRA	P	
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P		MENQUADFI	P	
<i>minocycline hcl TB24</i>	P	PA	MENVEO SOLN	P	
MINOLIRA TB24	P	PA	MENVEO SOLR	P	
<i>tetracycline hcl CAPS</i>	P		PEDVAX HIB SUSP 7.5 MCG/0.5ML	P	
VIBRAMYCIN CAPS ( <i>Use doxycycline hyclate</i> )	NP		PENBRAYA	P	
<b>TOXOIDES</b>			PNEUMOVAX 23 IJ	P	
Combinaciones de toxoides			PNEUMOVAX 23/1 DOSE IJ	P	
ADACEL SUSP	P		PREVNAR 13	P	
BOOSTRIX SUSP	P		PREVNAR 20	P	
BOOSTRIX SUSY	P		TRUMENBA	P	
DAPTACEL	P		TYPHIM VI SOLN	P	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC SUSP	P		TYPHIM VI SOSY	P	
INFANRIX	P		VAXCHORA	P	
KINRIX SUSY	P		VAXNEUVANCE	P	
PEDIARIX SUSY	P		VIVOTIF	P	
PENTACEL	P		<b>Vacunas derivadas de virus</b>		
QUADRACEL SUSP	P		ABRYSVO	P	
QUADRACEL SUSY	P		ACAM2000	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA 2024-2025 SUSP	P	
TENIVAC INJ	P		AFLURIA 2024-2025 SUSY	P	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
VAXELIS SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
VAXELIS SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
<b>VACUNAS</b>			AFLURIA QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
Vacunas bacterianas			AREXVY	P	
ACTHIB SOLR IM	P				
BCG VACCINE	P				
BEXSERO	P				
BIOTHRAX	P				



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DENGVAXIA	P		FLUCELVAX	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY		
ENGERIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	FLULAVAL 2024-2025 SUSY	P	
FLUAD 2024-2025	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLULAVAL QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUAD QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLUMIST NASAL VACCINE 2024-2025	P	
FLUARIX 2024-2025 SUSY	P		FLUMIST QUADRIVALENT	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE 2024-2025 SUSP	P	
FLUARIX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P		FLUZONE 2024-2025 SUSY	P	
FLUBLOK 2024-2025 SOSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE 2024-2025 SUSY	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2022-2023	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2022-2023	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT 2023-2024	P		FLUZONE HIGH-DOSE PF 2023-2024	P	
FLUCELVAX 2024-2025 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P	
FLUCELVAX 2024-2025 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY	P		FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP	P		GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)
			GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)

Georgia Medicaid Family Planning

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
HAVRIX	P		TRIMO-SAN	P	PA
HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	Espermicidas		
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR	P		ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
IPOL INACTIVATED IPV	P		OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 gm por surtido al por menor)
IXIARO	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM FILM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
JYNNEOS	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	
M-M-R II SOLR	P		Antiinfecciosos vaginales		
PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	CLEOCIN CREA (Use <i>clindamycin phosphate vaginal</i> )	NP	
PRIORIX SUSR	P		<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P	
PROQUAD SUSR	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
RABAVERT	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 gm cada 30 días de venta al por menor)
RECOMBIVAX HB SUSP 5 MCG/0.5ML, 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	GYNAZOLE-1	P	
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
ROTARIX SUSP	P		<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
ROTARIX SUSR	P		<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
ROTATEQ SOLN	P		<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)	MONISTAT 3 CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
STAMARIL SUSR	P		MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 gm cada 30 días de venta al por menor)
TICOVAC	P		<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
TWINRIX SUSY	P		<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
VAQTA	P		<b>PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS</b>		
VARIVAX SUSR IJ	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	Productos vaginales varios		
YF-VAX INJ	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	
VANDAZOLE	P	QL(70 gm por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
Estrógenos vaginales		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA

ÍNDICE	62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	8	azithromycin TABS 500 MG _____	5	
ABRYSVO _____	9	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG .	8	azithromycin TABS 600 MG _____	5
ACAM2000 _____	9	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	8	aztreonam _____	2
ACTHIB SOLR IM _____	9	amoxicillin CAPS _____	8	BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	1
ACTIRON _____	5	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG .	8	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	1
acyclovir CAPS _____	2	8		BALCOLTRA (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol-iron) _____	3
acyclovir SUSP _____	2	AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____	8	BCG VACCINE _____	9
acyclovir TABS OR 400 MG _____	2	amoxicillin SUSR _____	8	BEXSERO _____	9
acyclovir TABS OR 800 MG _____	2	amoxicillin TABS 875 MG _____	8	BIOTHRAX _____	9
acyclovir topical CREA _____	4	ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1	8	BOOSTRIX SUSP _____	9
acyclovir topical OINT _____	4	GM _____	8	BOOSTRIX SUSY _____	9
ADACEL SUSP _____	9	ampicillin CAPS 500 MG _____	8	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN OR _____	7
AFLURIA 2024-2025 SUSP _____	9	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREAM CREA _____	4	BRYHALI LOTN _____	4
AFLURIA 2024-2025 SUSY _____	9	AREXVY _____	9	CALENDULA OINT _____	6
AFLURIA QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSP _____	9	ARNICARE ARNICA OINT _____	6	cefaclor CAPS _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2022- 2023 SUSY _____	9	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	8	cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSP _____	9	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML- 125 MG/5ML _____	8	CEFAZOLIN SODIUM SOLN 4 %-1 GM/50ML _____	2
AFLURIA QUADRIVALENT 2023- 2024 SUSY _____	9	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) .	8	CEFAZOLIN SODIUM/DEXTROSE SOLN 5 %-2 GM/100ML _____	2
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL GUMMIES _____	7	AVENOC OINT _____	6	cefdinir CAPS _____	2
ALTRIXA TABS _____	6	AZACTAM (Use aztreonam) _____	2	cefdinir SUSR _____	2
AMLADEX TABS _____	6	AZESCO TABS _____	7	cefoxitin sodium IV _____	2
amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 8		azithromycin PACK _____	5	cefprozil SUSR _____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	8	azithromycin SUSR 100 MG/5ML ____	5	cefprozil TABS _____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	8	azithromycin SUSR 200 MG/5ML ____	5	ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM ____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR		azithromycin TABS 250 MG _____	5	cefuroxime axetil TABS _____	2

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

6	fluconazole TABS 150 MG _____	1	GARDASIL 9 SUSP _____	10	
ESTROFACTORS TABS _____	6	fluconazole TABS 50 MG _____	1	GARDASIL 9 SUSY _____	10
ethynodiol diacet & eth estrad _____	3	FLULAVAL 2024-2025 SUSY _____	10	GENICIN VITA-D TABS (Use folic acid-cholecalciferol) _____	5
etonogestrel-ethinyl estradiol _____	3	FLULAVAL QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____	10	GENICIN VITA-Q TABS _____	6
FC2 FEMALE CONDOM _____	6	FLULAVAL QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY _____	10	griseofulvin microsize SUSP _____	1
FEMCAP DEVI _____	6	FLUMIST NASAL VACCINE 2024-2025 _____	10	griseofulvin microsize TABS _____	1
FLUAD 2024-2025 _____	10	FLUMIST QUADRIVALENT _____	10	griseofulvin ultramicrosize _____	1
FLUAD QUADRIVALENT 2022-2023 _____	10	FLUZONE 2024-2025 SUSP _____	10	GYNAZOLE-1 _____	11
FLUAD QUADRIVALENT 2023-2024 _____	10	FLUZONE 2024-2025 SUSY _____	10	halobetasol propionate FOAM _____	4
FLUARIX 2024-2025 SUSY _____	10	FLUZONE HIGH-DOSE 2024-2025 SUSY _____	10	HAVRIX _____	11
FLUARIX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____	10	FLUZONE HIGH-DOSE PF 2022-2023 _____	10	HEMATEX LIQD _____	5
FLUARIX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY _____	10	FLUZONE HIGH-DOSE PF 2023-2024 _____	10	HEMATRON-AF _____	5
FLUBLOK 2024-2025 SOSY _____	10	FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP _____	10	HEMAX _____	5
FLUBLOK QUADRIVALENT 2022-2023 _____	10	FLUZONE QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____	10	HEPLISAV-B SOSY _____	11
FLUBLOK QUADRIVALENT 2023-2024 _____	10	FLUZONE QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY _____	10	HIBERIX SOLR IJ _____	9
FLUCELVAX 2024-2025 SUSP _____	10	FOLCYTEINE TABS _____	6	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	6
FLUCELVAX 2024-2025 SUSY _____	10	folic acid TABS 1 MG _____	5	HYCLODEX SOLN _____	4
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSP _____	10	FOLICA-BE _____	6	hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	1
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2022-2023 SUSY _____	10	FOLI-D TABS _____	5	hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____	1
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSP _____	10	FOLIVANE-OB _____	7	hydrocortisone (topical) LIQD _____	4
FLUCELVAX QUADRIVALENT 2023-2024 SUSY _____	10	FOLVITE-D TABS _____	5	hydrocortisone acetate vaginal _____	12
fluconazole SUSR _____	1	GANCICLOVIR SOLN _____	2	HYPOCYN SOLN _____	4
fluconazole TABS 100 MG, 200 MG _____	1			ICHTHAMMOL ADVANCED DRAWING SALVE OINT _____	6
				imiquimod 5 % _____	4
				IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR _____	11

IMPOYZ CREA _____	4	MENQUADFI _____	9	SOLN OR _____	7
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST _____	12	MENVEO SOLN _____	9	MULTIVITAMIN TABS 37.5 MG-0.1 MG-10 MCG-2 MG-20 MG-1500 MCG-1 MG-1.5 MG-28.5 MG _____	7
INFANRIX _____	9	MENVEO SOLR _____	9	MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLN .7	
inositol niacinate CAPS _____	2	METHYLCOBALAMIN SOLR _____	5	nafcillin sodium IV _____	8
IPOLE INACTIVATED IPV _____	11	methylcobalamin SUBL _____	5	NEOMULTIVITE TABS _____	7
IRO-PLEX _____	5	methylcobalamin TDBP _____	5	neomycin sulfate TABS _____	1
itraconazole CAPS _____	1	metronidazole TABS _____	1	NEURAGEN PN OINT _____	6
IXIARO _____	11	metronidazole vaginal _____	11	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	4
JYNNEOS _____	11	MEZPAROX-HC FORTE CREA ____	4	norelgestromin-ethinyl estradiol ____	3
ketoconazole _____	1	miconazole nitrate vaginal CREA .	11	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	3
KINRIX SUSY _____	9	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____	11	norethindrone & eth estradiol ____	3
levofloxacin TABS _____	5	miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____	11	norethindrone (contraceptive) ____	4
levonorgestrel & eth estradiol TABS	3	minocycline hcl CAPS _____	9	norethindrone acet & eth estra TABS 3	
levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	3	minocycline hcl TB24 _____	9	norethindrone-eth estradiol (triphasic)	3
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____	3	MINOLIRA TB24 _____	9	norethindrone-eth estradiol (triphasic) .....	3
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) 0.03 MG-0.15 MG _____	3	MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) _____	3	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	3
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron	3	M-M-R II SOLR _____	11	norgestimate-ethinyl estradiol _____	3
LEXETTE FOAM (Use halobetasol propionate) _____	4	MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	11	norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	3
LICEMD GEL _____	4	MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) __	11	NOVAFERRUM 125 LIQD _____	5
lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 % _____	4	MULTI VITAMIN TABS _____	6	NOZIN NASAL SANITIZER KIT ____	8
MALE CONDOMS-MISC _____	6	MULTI VITAMIN/D-3 TABS _____	6	NUVARING (Use etonogestrel- ethinyl estradiol) _____	3
MAXFE _____	5	multiple vitamin TABS _____	6	nystatin TABS _____	1
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	3	multiple vitamins w/ iron TABS ____	6	ofloxacin 300 MG, 400 MG _____	5
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	4	MULTIVITAMIN ADULT TABS _____	6	OMNICAP TABS _____	7
MENACTRA _____	9	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN OR _____	7		
		MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER			

OMNIFLEX DIAPHRAGM _____	6	PREHEVBRIO _____	11	RID ESSENTIAL LICE ELIMINATION KIT KIT EX _____	4
ONE DAILY ESSENTIAL TABS ____	7	PRENATAL GUMMIES _____	7	ROTARIX SUSP _____	11
ONE DAILY ESSENTIALS TABS __	7	PRENATAL MULTI + DHA CAPS __	7	ROTARIX SUSR _____	11
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	7	PRENATAL VITAMINS-MISC _____	7	ROTATEQ SOLN _____	11
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS _____	7	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4
ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	7	PRENATVITE COMPLETE TABS __	7	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM .	4
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL .	11	PRENATVITE PLUS TABS _____	8	SEASONIQUE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	3
ORTHO-FOLIC CAPS _____	5	PREVNAR 13 _____	9	SHINGRIX _____	11
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROPS SOLN OR _____	7	PREVNAR 20 _____	9	SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	1
PEDIARIX SUSY _____	9	PREVYMIS SOLN _____	2	STAMARIL SUSR _____	11
PEDVAX HIB SUSP 7.5 MCG/0.5ML 9		PREVYMIS TABS _____	2	STRESS FORMULA W/ZINC FORENERGY TABS _____	7
PENBRAYA _____	9	PRID OINT _____	6	sulfadiazine TABS _____	8
penicillin v potassium SOLR ____	8	PRIORIX SUSR _____	11	probenecid _____	5
penicillin v potassium TABS ____	8	PROQUAD SUSR _____	11	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD .	4
PENTACEL _____	9	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.3 %-0.33 %, 4 %-0.33 % ____	4	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 % .....	4
permethrin CREA _____	4	QBREXZA _____	4	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN/IRON AND BETA-CAROTENE TABS ____	6
permethrin LIQD EX _____	4	QUADRACEL SUSP _____	9	TARON-C DHA _____	8
PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	3	QUADRACEL SUSY _____	9	TDVAX SUSP _____	9
PNEUMOVAX 23 IJ _____	9	QUINTABS TABS _____	7	TENIVAC INJ _____	9
PNEUMOVAX 23/1 DOSE IJ ____	9	RABAVERT _____	11	terbinafine hcl TABS _____	1
POLY-VI-SOL SOLN OR _____	7	RADIAURA CREA _____	4	terconazole vaginal CREA _____	11
POLY-VI-SOL/IRON SOLN _____	7	RECOMBIVAX HB SUSP 5 MCG/0.5ML, 10 MCG/ML, 40 MCG/ML _____	11	terconazole vaginal SUPP _____	11
POLY-VITA SOLN OR _____	7	RECUMBIVAX HB SUSY _____	11	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT SUSP _____	9
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN OR .	7			tetracycline hcl CAPS _____	9
POLY-VITE/IRON SOLN _____	7			THERA TABS _____	7
				THEREMS MULTIVITAMIN TABS .	7



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