

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

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

### Programa de farmacia

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

Usted puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es 1-800-704-1484 (TTY/TTD 1-800-255-0056). También puede usar la herramienta “Drug Lookup” (Búsqueda de medicamentos) en la página web segura para los afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

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

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

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

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

### Medicamentos de especialidad

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

Estos medicamentos generalmente no están disponibles en las farmacias locales. Asegúrese de llamar a la farmacia especializada para obtener un reabastecimiento antes de que se le termine el

medicamento. Los medicamentos que proporcionan las farmacias especializadas están marcados en la PDL. Esta lista se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com). Comuníquese con Servicios para los Afiliados si tiene alguna pregunta sobre la PDL.

### Límites de dispensación

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

### Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

### Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

## Terapia escalonada

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

## Límites de cantidad

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

## Límites de edad

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

## Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

## Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

## Exclusiones

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

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

## Productos aprobados recientemente

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

## Medicamentos de venta libre

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

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

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

## Medicamentos genéricos

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

## Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos

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

## Surtir una receta

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

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

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

## Copagos

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

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

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

## Información del contacto

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

## Ayuda de idiomas

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

## Abreviaturas en la Lista de medicamentos preferidos

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

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

| DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la edición                    | Descripción de la edición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Opioide</i>                          | <p>Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis diaria máxima = 50 MME**</li> <li>• Suministro máximo de días = 7 días</li> <li>• Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada</li> </ul> <p>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días<br/>**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;<br/>Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días<br/>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             |
|----------------|----------------------------------------------|
| <i>AEPB</i>    | Aerosol en polvo activado por el aliento     |
| <i>AERB</i>    | Aerosol, activado por el aliento             |
| <i>AERO</i>    | Aerosol                                      |
| <i>AJKT</i>    | Kit de autoinyector                          |
| <i>AUIJ</i>    | Autoinyector                                 |
| <i>CAPS</i>    | Cápsula                                      |
| <i>CHEW</i>    | Comprimido masticable                        |
| <i>CONC</i>    | Concentrado                                  |
| <i>CP12</i>    | Cápsula de liberación prolongada de 12 horas |
| <i>CP24</i>    | Cápsula de liberación prolongada de 24 horas |
| <i>CPCR</i>    | Cápsula de liberación prolongada             |
| <i>CPDR</i>    | Cápsula de liberación retardada              |
| <i>CPEP</i>    | Cápsula con recubrimiento entérico           |
| <i>CPSP</i>    | Cápsula dispersable                          |
| <i>CREA</i>    | Crema                                        |
| <i>CSDR</i>    | Cápsula dispersable de liberación retardada  |
| <i>DEVI</i>    | Dispositivo                                  |
| <i>ELIX</i>    | Elixir                                       |
| <i>EMUL</i>    | Emulsión                                     |
| <i>ENEM</i>    | Enema                                        |
| <i>EX</i>      | Externo                                      |
| <i>GRAN</i>    | Gránulos                                     |
| <i>IJ</i>      | Inyección                                    |
| <i>IMPL</i>    | Implante                                     |
| <i>INHA</i>    | Inhalador                                    |
| <i>INJ</i>     | Inyectable                                   |
| <i>IUD</i>     | Dispositivo intrauterino                     |
| <i>IV</i>      | Intravenoso                                  |
| <i>LIQD</i>    | Líquido                                      |
| <i>LOTN</i>    | Loción                                       |
| <i>LOZG</i>    | Pastilla                                     |
| <i>LPOP</i>    | Comprimido soluble                           |
| <i>MISC</i>    | Misceláneos                                  |
| <i>NA</i>      | Nasal                                        |

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



| Forma de dosis | Descripción de la forma de dosis                                        |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <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                                                     |

| Forma de dosis | Descripción de la forma de dosis    |
|----------------|-------------------------------------|
| <i>TBEC</i>    | Tableta con recubrimiento entérico  |
| <i>TBEF</i>    | Tableta efervescente                |
| <i>TBPK</i>    | Paquete de comprimidos terapéuticos |
| <i>TBSO</i>    | Comprimido soluble                  |
| <i>TEST</i>    | Prueba de diagnóstico               |
| <i>TINC</i>    | Tintura                             |
| <i>TROC</i>    | Comprimido soluble                  |
| <i>VA</i>      | Vaginal                             |
| <i>VI</i>      | Indicador Visual                    |
| <i>WAFR</i>    | Oblea                               |
| <i>XR</i>      | Liberación prolongada               |

| Nombre del medicamento                                                                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/ Límites                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| <b>TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación</b> |                       |                                     |
| <b>Anfetaminas</b>                                                                                                                   |                       |                                     |
| ADDERALL XR CP24<br>(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 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 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                  |
| <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW                                                                                              | P                     | QL(1 cada día); PA                  |
| VYVANSE CAPS                                                                                                                         | NP                    | QL(1 cada día); PA                  |
| VYVANSE CHEW                                                                                                                         | NP                    | QL(1 cada día); PA                  |
| <b>Analépticos</b>                                                                                                                   |                       |                                     |
| CAFFEINE CITRATED POWD                                                                                                               | P                     | QL(45 GM por surtido al por menor)  |
| <i>caffeine citrate</i> SOLN PO                                                                                                      | P                     | QL(45 ML por surtido al por menor)  |
| <b>Anorexígenos no anfetamínicos</b>                                                                                                 |                       |                                     |
| PLENITY                                                                                                                              | NP                    |                                     |

| Nombre del medicamento                                                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/ Límites                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| PLENITY WELCOME KIT                                                                     | NP                    |                                                                     |
| <b>Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b> |                       |                                                                     |
| <i>atomoxetine hcl</i>                                                                  | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST                             |
| <i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12                                                        | P                     |                                                                     |
| <i>guanfacine hcl (adhd)</i>                                                            | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| INTUNIV (Use <i>guanfacine hcl (adhd)</i> )                                             | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| KAPVAY TB12 (Use <i>clonidine hcl (adhd)</i> )                                          | NP                    |                                                                     |
| STRATTERA (Use <i>atomoxetine hcl</i> )                                                 | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST                             |
| <b>Estimulantes - Otros</b>                                                             |                       |                                                                     |
| CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )                     | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| CONCERTA TBCR 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )                                   | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS                                                      | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| FOCALIN TABS (Use <i>dexmethylphenidate hcl</i> )                                       | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |
| METADATE CD CPR (Use <i>methylphenidate hcl</i> )                                       | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 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)  |
| 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) |
| <i>methylphenidate hcl</i> CPR                                                          | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML</i>                    | P                     | QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años) | Medicamentos alternativos - G's                                                                                               |                       |                     |
| <i>methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML</i>                   | P                     | QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)  | <i>ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG</i>                                                                              | P                     | OTC; QL(4 cada día) |
| <i>methylphenidate hcl TABS 5 MG</i>                        | P                     | QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)                                 | Medicamentos alternativos - M's                                                                                               |                       |                     |
| <i>methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG</i>                | P                     | QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)                                 | MELATONIN SUBL                                                                                                                | P                     | QL(1 cada día)      |
| <i>methylphenidate hcl TB24 36 MG</i>                       | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | <i>melatonin TABS 3 MG, 5 MG</i>                                                                                              | P                     | OTC; QL(1 cada día) |
| <i>methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>         | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | <i>melatonin TBDP 3 MG</i>                                                                                                    | P                     | QL(1 cada día)      |
| <i>methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>         | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas                                                            |                       |                     |
| <i>methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG</i>         | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | Aminoglucósidos                                                                                                               |                       |                     |
| RELEXXII TBCR 36 MG                                         | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | ARIKAYCE                                                                                                                      | P                     | SP; PA              |
| RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG                           | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                                 | BETHKIS NEBU (Use <i>tobramycin</i> )                                                                                         | NP                    | SP; PA              |
| RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> ) | NP                    | QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)                                 | KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) NEBU 300 MG/5ML (Use <i>tobramycin</i> )                                                           | NP                    | SP; PA              |
| RITALIN TABS 5 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i> )         | NP                    | QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)                                 | <i>neomycin sulfate TABS</i>                                                                                                  | P                     |                     |
| EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLOGICOS VARIOS                     |                       |                                                                     | TOBI PODHALER CAPS                                                                                                            | P                     | SP; PA              |
| Extractos alérgicos                                         |                       |                                                                     | TOBI NEBU (Use <i>tobramycin</i> )                                                                                            | NP                    | SP; PA              |
| ROUGH PIGWEED                                               | NP                    |                                                                     | <i>tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML</i>                                                 | P                     | PA                  |
| SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ                                 | NP                    |                                                                     | <i>tobramycin sulfate SOLR</i>                                                                                                | P                     | PA                  |
| SORREL/DOCK MIX IJ                                          | NP                    |                                                                     | <i>tobramycin NEBU</i>                                                                                                        | P                     | SP; PA              |
| MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS                                   |                       |                                                                     | 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                                                                                               |                       |                     |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 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                 | ADALIMUMAB-ADB(MPS/UV STARTER) AJKT   | 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                 | ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT          | P                     | SP; PA                 |
| REDITREX SOSY                                                                                                                              | P                     | SP; PA                 | ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT          | NP                    | SP                     |
| Alfa inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) - anticuerpos monoclonales                                                           |                       |                        | ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT      | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT                                                                                                               | P                     | SP; PA                 | ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT      | P                     | SP; PA                 |
| ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT                                                                                                               | P                     | SP; PA                 | ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT      | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT                                                                                                           | P                     | SP; PA                 | CYLTEZO (2 PEN) AJKT                  | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML                                                                                            | P                     | SP; PA                 | CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT              | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ                                                                                                                       | P                     | SP; PA                 | CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT         | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-ADAZ SOSY                                                                                                                       | P                     | SP; PA                 | CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT     | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-ADB(M 2 PEN) AJKT                                                                                                               | P                     | SP; PA                 | HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ                | P                     | SP; PA                 |
| ADALIMUMAB-ADB(M 2 PEN) AJKT                                                                                                               | NP                    | SP                     | HADLIMA SOSY                          | P                     | SP; PA                 |
| ADALIMUMAB-ADB(M 2 SYRINGE) PSKT                                                                                                           | P                     | SP; PA                 | HULIO (2 PEN) AJKT                    | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-ADB(M 2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML                                                                                               | NP                    | SP                     | HULIO (2 SYRINGE) PSKT                | NP                    | SP                     |
| ADALIMUMAB-ADB(MCD/UC/HS STRT) AJKT                                                                                                        | P                     | SP; PA                 | HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ        | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | HYRIMOZ SOAJ                          | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | HYRIMOZ SOSY                          | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | SIMLANDI (1 PEN) AJKT                 | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                                                            |                       |                        | SIMLANDI (2 PEN) AJKT                 | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                                                            |                       |                        | SIMLANDI (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                                                            |                       |                        | YUFLYMA (1 PEN) AJKT                  | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | YUFLYMA (2 PEN) AJKT                  | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT              | NP                    | SP                     |
|                                                                                                                                            |                       |                        | YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT         | NP                    | SP                     |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                          |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| YUSIMRY                                                         | P                     | SP; PA                 | <i>ibuprofen lysine</i>                                  | P                     |                                                                 |
| Bloqueadores de la interleucina 1                               |                       |                        | <i>ibuprofen CHEW</i>                                    | P                     | OTC                                                             |
| ARCALYST                                                        | P                     | SP; PA                 | <i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>             | P                     | OTC                                                             |
| Antagonista del receptor de la interleucina 1 (IL-1Ra)          |                       |                        | <i>ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML</i>            | P                     | RX/OTC                                                          |
| KINERET SOSY                                                    | P                     | SP; PA                 | <i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>             | P                     |                                                                 |
| Bloqueadores beta de la interleucina-1                          |                       |                        | <i>ibuprofen TABS 200 MG</i>                             | P                     | OTC                                                             |
| ILARIS SOLN                                                     | P                     | SP; PA                 | INDOCIN SUSP ( <i>Use indomethacin</i> )                 | NP                    |                                                                 |
| Inhibidores del receptor de la interleucina 6                   |                       |                        | INDOMETHACIN SODIUM                                      | 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 ALL DAY STRONG TABS 220 MG ( <i>Use naproxen sodium</i> ) | NP                    | OTC; QL(2 cada día)    | KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML                  | P                     |                                                                 |
| ALEVE TABS ( <i>Use naproxen sodium</i> )                       | NP                    | OTC; QL(2 cada día)    | <i>ketorolac tromethamine TABS</i>                       | P                     | QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años) |
| ANAPROX DS TABS ( <i>Use naproxen sodium</i> )                  | NP                    |                        | LODINE TABS ( <i>Use etodolac</i> )                      | NP                    |                                                                 |
| CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML ( <i>Use ibuprofen</i> )        | NP                    | RX/OTC                 | <i>meloxicam TABS</i>                                    | P                     |                                                                 |
| CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML ( <i>Use ibuprofen</i> )       | NP                    | RX/OTC                 | MOTRIN CHILDRENS CHEW ( <i>Use ibuprofen</i> )           | NP                    | OTC                                                             |
| <i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>                          | P                     |                        | MOTRIN INFANTS DROPS SUSP ( <i>Use ibuprofen</i> )       | NP                    | OTC                                                             |
| <i>diclofenac sodium TBEC</i>                                   | P                     |                        | <i>nabumetone</i>                                        | P                     |                                                                 |
| <i>etodolac CAPS</i>                                            | P                     |                        | NALFON CAPS ( <i>Use fenoprofen calcium</i> )            | NP                    |                                                                 |
| <i>etodolac TABS</i>                                            | P                     |                        |                                                          |                       |                                                                 |
| FELDENE CAPS ( <i>Use piroxicam</i> )                           | NP                    |                        |                                                          |                       |                                                                 |
| <i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>                           | P                     |                        |                                                          |                       |                                                                 |
| <i>flurbiprofen TABS</i>                                        | P                     |                        |                                                          |                       |                                                                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                  | Nombre del medicamento                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| NAPROSYN SUSP ( <i>Use naproxen</i> )                                                                         | NP                    |                                         | <i>butalbital-aspirin-caffeine CAPS</i>                                | P                     | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 18 años)        |
| NAPROSYN TABS 500 MG ( <i>Use naproxen</i> )                                                                  | NP                    |                                         | ESGIC TABS ( <i>Use butalbital-acetaminophen-caffeine</i> )            | NP                    | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 12 años)        |
| <i>naproxen sodium TABS 220 MG</i>                                                                            | P                     | OTC; QL(2 cada día)                     | Otros analgésicos                                                      |                       |                                                |
| <i>naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG</i>                                                                    | P                     |                                         | <i>acetaminophen CHEW</i>                                              | P                     | OTC                                            |
| <i>naproxen SUSP</i>                                                                                          | P                     |                                         | <i>acetaminophen ELIX</i>                                              | P                     | OTC                                            |
| <i>naproxen TABS</i>                                                                                          | P                     |                                         | <i>acetaminophen LIQD 160 MG/5ML</i>                                   | P                     | OTC                                            |
| NEOPROFEN ( <i>Use ibuprofen lysine</i> )                                                                     | NP                    |                                         | <i>acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML</i> | P                     | OTC                                            |
| <i>piroxicam CAPS</i>                                                                                         | P                     |                                         | <i>acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG</i>                               | P                     | OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor) |
| <i>sulindac TABS</i>                                                                                          | P                     |                                         | <i>acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML</i>                    | P                     | OTC                                            |
| Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)                                                                    |                       |                                         | <i>acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG</i>                               | P                     | OTC                                            |
| OTEZLA TABS                                                                                                   | P                     | SP; PA                                  | FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP                                          | P                     | OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor) |
| OTEZLA TBPk                                                                                                   | P                     | SP; PA                                  | TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW ( <i>Use acetaminophen</i> )          | NP                    | OTC                                            |
| Inhibidores de la síntesis de pirimidina                                                                      |                       |                                         | TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )       | NP                    | OTC                                            |
| ARAVA ( <i>Use leflunomide</i> )                                                                              | NP                    | QL(1 cada día)                          | TYLENOL CHILDRENS SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )                    | NP                    | OTC                                            |
| <i>leflunomide</i>                                                                                            | P                     | QL(1 cada día)                          | TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS ( <i>Use acetaminophen</i> )               | NP                    | OTC                                            |
| Moduladores selectivos de la coestimulación                                                                   |                       |                                         | TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )        | NP                    | OTC                                            |
| ORENCIA CLICKJECT SOAJ                                                                                        | P                     | SP; PA                                  | TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP ( <i>Use acetaminophen</i> )           | NP                    | OTC                                            |
| 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);<br>AL(AI menos 12 años) |                                                                        |                       |                                                |
| <i>butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG</i>                                              | P                     | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 12 años) |                                                                        |                       |                                                |
| <i>butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG</i>                                                             | P                     | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 12 años) |                                                                        |                       |                                                |

| Nombre del medicamento                                                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                          | Nombre del medicamento                                                      | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| TYLENOL TABS ( <i>Use acetaminophen</i> )                                                                | NP                    | OTC                                                             | DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG ( <i>Use hydromorphone hcl</i> )                   | NP                    | Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)                      |
| Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos                                                      |                       |                                                                 | <i>fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR</i> | P                     | QL(0.34 cada día)                                              |
| PRIALT                                                                                                   | P                     | SP; PA                                                          | HYDROMORPHONE HCL SUPP                                                      | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)                      |
| Salicilatos                                                                                              |                       |                                                                 | <i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>                                          | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)                      |
| <i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>                                                    | P                     | OTC                                                             | <i>hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG</i>                                    | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)                      |
| <i>aspirin CHEW</i>                                                                                      | P                     | OTC                                                             | <i>meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML</i>                                     | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)                    |
| ASPIRIN SUPP 300 MG                                                                                      | P                     | OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)                  | <i>meperidine hcl TABS 50 MG</i>                                            | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)                      |
| <i>aspirin TABS 325 MG</i>                                                                               | P                     | OTC                                                             | <i>methadone hcl TABS 5 MG</i>                                              | P                     | QL(6 cada día); PA                                             |
| <i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>                                                                        | P                     | OTC                                                             | <i>methadone hcl TABS 10 MG</i>                                             | P                     | QL(10 cada día); PA                                            |
| BUFFERIN ( <i>Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i> )                                   | NP                    | OTC                                                             | <i>morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML</i>                        | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(240 ML por surtido al por menor) |
| <i>diflunisal TABS</i>                                                                                   | P                     |                                                                 | <i>morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>                        | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ML al día)                  |
| DOLOBID TABS                                                                                             | P                     |                                                                 | <i>morphine sulfate SUPP</i>                                                | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)     |
| ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC ( <i>Use aspirin</i> )                                                        | NP                    | OTC                                                             | <i>morphine sulfate TABS</i>                                                | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)                      |
| ECOTRIN TBEC ( <i>Use aspirin</i> )                                                                      | NP                    | OTC                                                             | <i>morphine sulfate TBCR</i>                                                | P                     | QL(3 cada día)                                                 |
| <i>salsalate</i>                                                                                         | P                     |                                                                 | MS CONTIN TBCR ( <i>Use morphine sulfate</i> )                              | NP                    | QL(3 cada día)                                                 |
| ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares |                       |                                                                 | OXAYDO TABS 5 MG                                                            | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)                      |
| Agonistas opioides                                                                                       |                       |                                                                 |                                                                             |                       |                                                                |
| <i>codeine sulfate TABS 30 MG</i>                                                                        | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años) |                                                                             |                       |                                                                |
| CODEINE SULFATE TABS                                                                                     | P                     | Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años) |                                                                             |                       |                                                                |
| DILAUDID TABS 8 MG ( <i>Use hydromorphone hcl</i> )                                                      | NP                    | Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)                       |                                                                             |                       |                                                                |

| Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                               | Nombre del medicamento                                                                                      | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <i>oxycodone hcl CAPS</i>                                                    | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                         | <i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>                                                                    | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años) |
| <i>oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML</i>                                         | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(90 ML por surtido al por menor)     | <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:<br>Opioides; QL(180 ML al día)                    |
| <i>oxycodone hcl SOLN</i>                                                    | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(30 ML al día)                       | <i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 325 MG/15ML-10 MG/15ML</i>                                                | P                     | Edición clínica:<br>Opioides                                       |
| <i>oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>                         | P                     | QL(2 cada día); PA                                                   | <i>hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>                              | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                       |
| <i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>                                              | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día)                         | <i>oxycodone w/acetaminophen SOLN</i>                                                                       | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(30 ML al día)                     |
| <i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>                          | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                         | <i>oxycodone w/acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG</i>                              | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                       |
| <i>OXYCONTIN T12A</i>                                                        | P                     | QL(2 cada día); PA                                                   | <i>PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/acetaminophen)</i>               | NP                    | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                       |
| <i>ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl)</i>                             | NP                    | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día)                         | <i>tramadol-acetaminophen</i>                                                                               | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años) |
| <i>ROXICODONE TABS 15 MG (Use oxycodone hcl)</i>                             | NP                    | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día)                         | Agonistas parcialmente opioides                                                                             |                       |                                                                    |
| <i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>                                               | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)   | <i>BELBUCA FILM</i>                                                                                         | P                     | PA                                                                 |
| Combinaciones de opioides                                                    |                       |                                                                      | <i>BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl)</i>                                                                | NP                    | PA                                                                 |
| <i>acetaminophen w/codeine SOLN</i>                                          | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(30 ML al día); AL(AI menos 12 años) | <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>acetaminophen w/codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i> | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)   |                                                                                                             |                       |                                                                    |
| <i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG</i> | P                     | Edición clínica:<br>Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)   |                                                                                                             |                       |                                                                    |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> FILM SL 3 MG-12 MG                                            | P                     | QL(2 cada día); PA                                         | Combinaciones rectales                                                                                                                                   |                       |                                                   |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> SUBL                                                          | P                     | QL(3 cada día)                                             | ANALPRAM-HC LOTN EX                                                                                                                                      | P                     | QL(62 ML cada 30 días de venta al por menor)      |
| <i>buprenorphine hcl</i> SOLN                                                                                 | P                     | PA                                                         | <i>phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter</i>                                                                                                        | P                     | OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)    |
| <i>buprenorphine hcl</i> SUBL                                                                                 | P                     | PA                                                         | <i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum</i>                                                                                              | P                     | OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor) |
| SUBLOCADE SOSY                                                                                                | P                     | 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA | Esteroides rectales                                                                                                                                      |                       |                                                   |
| 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)                                             | ANUSOL-HC EX (Use <i>hydrocortisone (rectal)</i> )                                                                                                       | NP                    |                                                   |
| SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> )                            | NP                    | QL(2 cada día); PA                                         | <i>hydrocortisone (rectal)</i> EX 1 %                                                                                                                    | NP                    | RX/OTC                                            |
| ZUBSOLV SUBL                                                                                                  | P                     | PA                                                         | <i>hydrocortisone (rectal)</i> EX 2.5 %                                                                                                                  | P                     |                                                   |
| ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas                                                |                       |                                                            | PREPARATION H EX 1 %                                                                                                                                     | P                     | QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC       |
| Andrógenos                                                                                                    |                       |                                                            | PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %                                                                                                                     | P                     | QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC       |
| AVEED SOLN                                                                                                    | P                     | SP; PA                                                     | ANTIÁCIDOS                                                                                                                                               |                       |                                                   |
| <i>methyltestosterone</i> TABS                                                                                | P                     |                                                            | Combinaciones de antiácidos                                                                                                                              |                       |                                                   |
| TESTOPEL PLLT                                                                                                 | P                     | SP; PA                                                     | <i>alum &amp; mag hydrox-simethicone</i> LIQD                                                                                                            | P                     | QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)     |
| <i>testosterone cypionate</i> SOLN IM 200 MG/ML                                                               | P                     | QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)                | <i>alum &amp; mag hydrox-simethicone</i> SUSP 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 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)     |
| <i>testosterone cypionate</i> SOLN IM 100 MG/ML                                                               | P                     | QL(0.2858 ML al día)                                       | Antiácidos - sales de aluminio                                                                                                                           |                       |                                                   |
| <i>testosterone enanthate</i> SOLN IM                                                                         | P                     | QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)                | ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP                                                                                                                              | P                     | OTC                                               |
| PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón |                       |                                                            | Antiácidos: bicarbonato                                                                                                                                  |                       |                                                   |
| Esteroides intrarrectales                                                                                     |                       |                                                            | <i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325 MG, 650 MG                                                                                                  | P                     | OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)   |
| CORTENEMA (Use <i>hydrocortisone (intrarectal)</i> )                                                          | NP                    |                                                            | Antiácidos: sales de calcio                                                                                                                              |                       |                                                   |
| <i>hydrocortisone (intrarectal)</i>                                                                           | P                     |                                                            |                                                                                                                                                          |                       |                                                   |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG</i>                                          | P                     | OTC                                      | NITRO-BID OINT                                                          | P                     |                                      |
| TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i> )                     | NP                    | OTC                                      | NITRO-DUR PT24 (Use <i>nitroglycerin</i> )                              | NP                    |                                      |
| TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i> )                          | NF                    |                                          | <i>nitroglycerin CPCR</i>                                               | P                     |                                      |
| TUMS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i> )                                     | NP                    | OTC                                      | <i>nitroglycerin PT24</i>                                               | P                     |                                      |
| Antiácidos: sales de magnesio                                                           |                       |                                          | <i>nitroglycerin SUBL</i>                                               | P                     |                                      |
| <i>magnesium oxide TABS 400 MG</i>                                                      | P                     | OTC                                      | NITROSTAT SUBL (Use <i>nitroglycerin</i> )                              | NP                    |                                      |
| <b>ANTELMIÑTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias</b>            |                       |                                          | <b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad</b> |                       |                                      |
| Antihelmínticos                                                                         |                       |                                          | Medicamentos ansiolíticos - Varios                                      |                       |                                      |
| BENZNIDAZOLE                                                                            | P                     | SP; PA                                   | <i>buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>                                      | P                     | QL(3 cada día)                       |
| EMVERM CHEW                                                                             | P                     | QL(1 cada 14 días de venta al por menor) | <i>buspirone hcl 5 MG, 10 MG</i>                                        | P                     | QL(6 cada día)                       |
| PIN RID CHEW                                                                            | P                     | QL(3 por surtido al por menor)           | <i>buspirone hcl 15 MG</i>                                              | P                     | QL(4 cada día)                       |
| <i>pyrantel pamoate SUSP</i>                                                            | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)  | <i>hydroxyzine hcl SYRP</i>                                             | P                     |                                      |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico</b> |                       |                                          | <i>hydroxyzine hcl TABS</i>                                             | P                     |                                      |
| Nitratos                                                                                |                       |                                          | <i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>                                         | P                     |                                      |
| ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use <i>isosorbide dinitrate</i> )                          | NP                    |                                          | <i>meprobamate</i>                                                      | P                     |                                      |
| <i>isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG</i>                              | P                     |                                          | VISTARIL CAPS (Use <i>hydroxyzine pamoate</i> )                         | NP                    |                                      |
| <i>isosorbide mononitrate TABS</i>                                                      | P                     | QL(2 cada día)                           | <b>Benzodiazepinas</b>                                                  |                       |                                      |
| ISOSORBIDE MONONITRATE TABS                                                             | P                     | QL(2 cada día)                           | <i>alprazolam TABS</i>                                                  | P                     | QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años) |
| <i>isosorbide mononitrate TB24</i>                                                      | P                     | QL(1 cada día)                           | 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 PO 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) |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| <i>lorazepam TABS</i>                                                                            | P                     | QL(3 cada día);<br>AL(AI menos 18 años) |
| <i>oxazepam CAPS</i>                                                                             | P                     | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 18 años) |
| VALIUM TABS ( <i>Use diazepam</i> )                                                              | NP                    | QL(4 cada día);<br>AL(AI menos 18 años) |
| XANAX TABS ( <i>Use alprazolam</i> )                                                             | NP                    | QL(3 cada día);<br>AL(AI menos 18 años) |
| <b>ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales</b>                  |                       |                                         |
| Antiarrítmicos Tipo I-A                                                                          |                       |                                         |
| <i>disopyramide phosphate CAPS</i>                                                               | P                     |                                         |
| NORPACE CR CP12 150 MG                                                                           | P                     |                                         |
| NORPACE CAPS ( <i>Use 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 ( <i>Use dofetilide</i> )                                                                | NP                    |                                         |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares</b> |                       |                                         |
| Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales                                                         |                       |                                         |
| CINQAIR                                                                                          | P                     | SP; PA                                  |
| TEZSPIRE SOSY                                                                                    | P                     | SP; PA                                  |
| XOLAIR SOAJ                                                                                      | P                     | SP; PA                                  |

| Nombre del medicamento                                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| XOLAIR SOLR                                                           | P                     | SP; PA                                        |
| XOLAIR SOSY                                                           | P                     | SP; PA                                        |
| Medicamentos antiinflamatorios                                        |                       |                                               |
| <i>cromolyn sodium NEBU</i>                                           | P                     | QL(8 ML al día)                               |
| Broncodilatadores - anticolinérgicos                                  |                       |                                               |
| ATROVENT HFA                                                          | P                     | QL(25.8 GM por surtido al por menor)          |
| INCRUSE ELLIPTA                                                       | P                     | QL(1 cada día)                                |
| <i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>                                | P                     | QL(375 ML cada 20 días de venta al por menor) |
| SPIRIVA HANDIHALER CAPS ( <i>Use tiotropium bromide monohydrate</i> ) | NP                    |                                               |
| <i>tiotropium bromide monohydrate CAPS</i>                            | P                     |                                               |
| TUDORZA PRESSAIR                                                      | P                     | QL(1 cada 30 días de venta al por menor)      |
| Moduladores de los leucotrienos                                       |                       |                                               |
| <i>montelukast sodium CHEW</i>                                        | P                     | QL(1 cada día)                                |
| <i>montelukast sodium PACK</i>                                        | P                     | QL(1 cada día)                                |
| <i>montelukast sodium TABS</i>                                        | P                     | QL(1 cada día)                                |
| SINGULAIR CHEW ( <i>Use montelukast sodium</i> )                      | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| SINGULAIR PACK ( <i>Use montelukast sodium</i> )                      | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| SINGULAIR TABS ( <i>Use montelukast sodium</i> )                      | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)                 |                       |                                               |
| DALIRESP ( <i>Use roflumilast</i> )                                   | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| <i>roflumilast</i>                                                    | P                     | QL(1 cada día)                                |
| Inhalantes con esteroides                                             |                       |                                               |
| ARNUITY ELLIPTA                                                       | P                     | QL(1 cada día)                                |
| ASMANEX HFA AERO                                                      | P                     | QL(0.44 GM al día)                            |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                          | Nombre del medicamento                                                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>budesonide (inhalation) SUSP</i>                                      | P                     | QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)          | <i>albuterol sulfate AERS</i>                                                                             | P                     | QL(18 GM por surtido al por menor; 36 GM cada 30 días de venta al por menor)                              |
| FLOVENT DISKUS AEPB<br>(Use <i>fluticasone propionate (inhalation)</i> ) | NP                    |                                                                                 | <i>albuterol sulfate NEBU 0.083 %</i>                                                                     | P                     | QL(12.5 ML al día)                                                                                        |
| FLOVENT DISKUS AEPB                                                      | NP                    |                                                                                 | <i>albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML</i>                                                    | P                     | QL(375 ML cada 30 días de venta al por menor)                                                             |
| FLOVENT HFA (Use <i>fluticasone propionate hfa</i> )                     | NP                    |                                                                                 | <i>albuterol sulfate NEBU</i>                                                                             | P                     |                                                                                                           |
| <i>fluticasone propionate (inhalation) AEPB</i>                          | P                     |                                                                                 | ALBUTEROL SULFATE NEBU                                                                                    | P                     |                                                                                                           |
| <i>fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT</i>               | P                     | QL(12 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)                           | <i>albuterol sulfate SYRP</i>                                                                             | P                     |                                                                                                           |
| <i>fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT</i>                             | P                     | QL(10.6 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)                         | <i>albuterol sulfate TABS</i>                                                                             | P                     |                                                                                                           |
| PULMICORT SUSP (Use <i>budesonide (inhalation)</i> )                     | NP                    | QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)          | <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>                                    | P                     | QL(10.2 GM por surtido al por menor)                                                                      |
| QVAR REDHALER 80 MCG/ACT                                                 | P                     | QL(0.72 GM al día)                                                              | <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>                                                           | P                     | QL(0.367 GM al día)                                                                                       |
| QVAR REDHALER 40 MCG/ACT                                                 | P                     | QL(0.36 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)                                                                        |
| Simpaticomiméticos                                                       |                       |                                                                                 | COMBIVENT RESPIMAT AERS                                                                                   | P                     | QL(0.14 GM al día)                                                                                        |
| ADVAIR DISKUS AEPB<br>(Use <i>fluticasone-salmeterol</i> )               | NP                    | QL(2 cada día)                                                                  | <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)                                                                                            |
| <i>albuterol sulfate AERS</i>                                            | NP                    |                                                                                 | <i>ipratropium-albuterol SOLN</i>                                                                         | P                     | QL(12 ML al día)                                                                                          |
| <i>albuterol sulfate AERS</i>                                            | P                     | QL(6.7 GM por surtido al por menor; 13.4 GM cada 30 días de venta al por menor) | <i>levalbuterol tartrate</i>                                                                              | P                     | QL(0.5 GM al día)                                                                                         |
| <i>albuterol sulfate AERS</i>                                            | P                     | QL(8.5 GM por surtido al por menor; 17 GM cada 30 días de venta al por menor)   | PROAIR RESPICLIK 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) |
| <i>albuterol sulfate AERS</i>                                            | NP                    |                                                                                 | PROVENTIL HFA AERS<br>(Use <i>albuterol sulfate</i> )                                                     | NP                    |                                                                                                           |
|                                                                          |                       |                                                                                 | SEREVENT DISKUS                                                                                           | P                     | QL(60 por surtido al por menor)                                                                           |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/Límites                  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| SYMBICORT (Use budesonide-formoterol fumarate dihydrate) | NP                    |                                     |
| terbutaline sulfate TABS                                 | P                     |                                     |
| VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate)                | NP                    |                                     |
| XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate)                  | NP                    | QL(0.5 GM al día)                   |
| <b>Xantinas</b>                                          |                       |                                     |
| THEO-24 CP24                                             | P                     |                                     |
| theophylline ELIX                                        | P                     |                                     |
| theophylline SOLN                                        | P                     | QL(475 ML por surtido al por menor) |
| theophylline TB12                                        | P                     |                                     |
| theophylline TB24                                        | P                     |                                     |
| <b>ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre</b>         |                       |                                     |
| <b>Anticoagulantes cumarínicos</b>                       |                       |                                     |
| warfarin sodium TABS                                     | P                     |                                     |
| <b>Inhibidores directos del factor Xa</b>                |                       |                                     |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPB                         | P                     | QL(2.47 cada día)                   |
| ELIQUIS TABS                                             | P                     | QL(2 cada día)                      |
| <b>Heparinas y agentes similares a los heparinoides</b>  |                       |                                     |
| ARIXTRA (Use fondaparinux sodium)                        | NP                    | SP; PA                              |
| enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML                     | P                     | SP                                  |
| enoxaparin sodium SOSY                                   | P                     | SP; PA                              |
| fondaparinux sodium                                      | P                     | SP; PA                              |
| FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML            | P                     | SP; PA                              |
| FRAGMIN SOSY                                             | P                     | SP; PA                              |
| heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML            | NP                    |                                     |

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        | Nombre del medicamento                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML                  | P                     | QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA | KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG ( <i>Use levetiracetam</i> ) | NP                    | QL(4 cada día)           |
| VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML                   | P                     | QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA | KEPPRA TABS 1000 MG ( <i>Use levetiracetam</i> )        | NP                    |                          |
| VALTOCO 5 MG DOSE LIQD                                | P                     | QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA | LAMICTAL XR TB24 ( <i>Use lamotrigine</i> )             | NP                    | Use lamotrigine IR; ST   |
| Anticonvulsivantes - Varios                           |                       |                                               | LAMICTAL CHEW ( <i>Use lamotrigine</i> )                | NP                    |                          |
| BANZEL SUSP ( <i>Use rufinamide</i> )                 | NP                    | SP; PA                                        | LAMICTAL TABS ( <i>Use lamotrigine</i> )                | NP                    |                          |
| BANZEL TABS ( <i>Use rufinamide</i> )                 | NP                    | SP; PA                                        | <i>lamotrigine CHEW</i>                                 | P                     |                          |
| BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML                            | P                     | SP; PA                                        | <i>lamotrigine TABS</i>                                 | P                     |                          |
| <i>carbamazepine CHEW 100 MG</i>                      | P                     |                                               | <i>lamotrigine TB24</i>                                 | P                     | Use lamotrigine IR; ST   |
| <i>carbamazepine SUSP</i>                             | P                     |                                               | <i>levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>      | P                     | QL(16 ML al día)         |
| <i>carbamazepine TABS</i>                             | P                     |                                               | <i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>                       | P                     |                          |
| <i>carbamazepine TB12</i>                             | P                     |                                               | <i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>                | P                     | QL(4 cada día)           |
| DIACOMIT CAPS 250 MG                                  | P                     | QL(12 cada día); SP; PA                       | <i>levetiracetam TABS 500 MG</i>                        | P                     | QL(6 cada día)           |
| DIACOMIT CAPS 500 MG                                  | P                     | QL(6 cada día); SP; PA                        | <i>levetiracetam TB24</i>                               | P                     | Use levetiracetam IR; ST |
| DIACOMIT PACK 250 MG                                  | P                     | QL(12 cada día); SP; PA                       | MYSOLINE ( <i>Use primidone</i> )                       | NP                    |                          |
| DIACOMIT PACK 500 MG                                  | P                     | QL(6 cada día); SP; PA                        | NEURONTIN CAPS ( <i>Use gabapentin</i> )                | NP                    | QL(9 cada día)           |
| EPIDIOLEX                                             | P                     | SP; PA                                        | NEURONTIN SOLN ( <i>Use gabapentin</i> )                | NP                    |                          |
| FINTEPLA                                              | P                     | SP; PA                                        | NEURONTIN TABS 600 MG ( <i>Use gabapentin</i> )         | NP                    | QL(6 cada día)           |
| <i>gabapentin CAPS</i>                                | P                     | QL(9 cada día)                                | NEURONTIN TABS 800 MG ( <i>Use gabapentin</i> )         | NP                    | QL(4 cada día)           |
| <i>gabapentin SOLN</i>                                | P                     |                                               | <i>oxcarbazepine SUSP</i>                               | P                     |                          |
| <i>gabapentin TABS 600 MG</i>                         | P                     | QL(6 cada día)                                | <i>oxcarbazepine TABS</i>                               | P                     |                          |
| <i>gabapentin TABS 800 MG</i>                         | P                     | QL(4 cada día)                                | <i>primidone</i>                                        | P                     |                          |
| KEPPRA XR TB24 ( <i>Use levetiracetam</i> )           | NP                    | Use levetiracetam IR; ST                      | <i>rufinamide SUSP</i>                                  | P                     | SP; PA                   |
| KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML ( <i>Use levetiracetam</i> ) | NP                    | QL(16 ML al día)                              | <i>rufinamide TABS</i>                                  | P                     | SP; PA                   |
| KEPPRA TABS 500 MG ( <i>Use levetiracetam</i> )       | NP                    | QL(6 cada día)                                |                                                         |                       |                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| TEGRETOL SUSP ( <i>Use carbamazepine</i> )            | NP                    |                        | GABITRIL ( <i>Use tiagabine hcl</i> )                    | NP                    |                        |
| TEGRETOL TABS ( <i>Use carbamazepine</i> )            | NP                    |                        | SABRIL PACK ( <i>Use vigabatrin</i> )                    | NP                    | SP; PA                 |
| TEGRETOL-XR TB12 ( <i>Use carbamazepine</i> )         | NP                    |                        | SABRIL TABS ( <i>Use vigabatrin</i> )                    | NP                    | SP; PA                 |
| TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG ( <i>Use topiramate</i> ) | NP                    | QL(8 cada día)         | <i>tiagabine hcl</i>                                     | P                     |                        |
| TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG ( <i>Use topiramate</i> ) | NP                    | QL(6 cada día)         | <i>vigabatrin PACK</i>                                   | P                     | SP; PA                 |
| TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG ( <i>Use topiramate</i> )   | NP                    | QL(6 cada día)         | <i>vigabatrin TABS</i>                                   | P                     | SP; PA                 |
| TOPAMAX TABS 200 MG ( <i>Use topiramate</i> )         | NP                    | QL(3 cada día)         | Hidantoinas                                              |                       |                        |
| TOPAMAX TABS 100 MG ( <i>Use topiramate</i> )         | NP                    | QL(4 cada día)         | DILANTIN                                                 | P                     |                        |
| <i>topiramate CPSP 25 MG</i>                          | P                     | QL(8 cada día)         | DILANTIN ( <i>Use phenytoin sodium extended</i> )        | P                     |                        |
| <i>topiramate CPSP 15 MG</i>                          | P                     | QL(6 cada día)         | DILANTIN INFATABS CHEW ( <i>Use phenytoin</i> )          | P                     |                        |
| <i>topiramate TABS 200 MG</i>                         | P                     | QL(3 cada día)         | DILANTIN-125 SUSP ( <i>Use phenytoin</i> )               | P                     |                        |
| <i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>                   | P                     | QL(6 cada día)         | DILANTIN SUSP ( <i>Use phenytoin</i> )                   | P                     |                        |
| <i>topiramate TABS 100 MG</i>                         | P                     | QL(4 cada día)         | <i>phenytoin sodium extended 100 MG</i>                  | P                     |                        |
| TRILEPTAL SUSP ( <i>Use oxcarbazepine</i> )           | NP                    |                        | <i>phenytoin sodium SOLN</i>                             | P                     |                        |
| TRILEPTAL TABS ( <i>Use oxcarbazepine</i> )           | NP                    |                        | <i>phenytoin CHEW</i>                                    | P                     |                        |
| ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG ( <i>Use zonisamide</i> ) | NP                    |                        | <i>phenytoin SUSP</i>                                    | P                     |                        |
| <i>zonisamide CAPS</i>                                | P                     |                        | Succinimidas                                             |                       |                        |
| Carbamatos                                            |                       |                        | <i>ethosuximide CAPS</i>                                 | P                     |                        |
| <i>felbamate SUSP</i>                                 | P                     |                        | <i>ethosuximide SOLN</i>                                 | P                     |                        |
| <i>felbamate TABS</i>                                 | P                     |                        | ZARONTIN CAPS ( <i>Use ethosuximide</i> )                | NP                    |                        |
| FELBATOL SUSP ( <i>Use felbamate</i> )                | NP                    |                        | ZARONTIN SOLN ( <i>Use ethosuximide</i> )                | NP                    |                        |
| FELBATOL TABS ( <i>Use felbamate</i> )                | NP                    |                        | Ácido valproico                                          |                       |                        |
| Moduladores GABA                                      |                       |                        | DEPAKOTE ER TB24 500 MG ( <i>Use divalproex sodium</i> ) | NP                    | QL(7 cada día)         |
|                                                       |                       |                        | DEPAKOTE ER TB24 250 MG ( <i>Use divalproex sodium</i> ) | NP                    | QL(3 cada día)         |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)               | NP                    | QL(8 cada día)         | REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)         | NP                    | QL(1 cada día)         |
| DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)                  | NP                    | QL(3 cada día)         | REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)         | NP                    | QL(1.5 cada día)       |
| DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)                  | NP                    | QL(2 cada día)         | REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine)                | NP                    | QL(3 cada día)         |
| DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)                  | NP                    | QL(7 cada día)         | REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine)                | NP                    | QL(1.5 cada día)       |
| divalproex sodium CSDR                                        | P                     | QL(8 cada día)         | Antidepresivos - Varios                             |                       |                        |
| divalproex sodium TB24 500 MG                                 | P                     | QL(7 cada día)         | bupropion hcl TABS                                  | P                     | QL(3 cada día)         |
| divalproex sodium TB24 250 MG                                 | P                     | QL(3 cada día)         | bupropion hcl TB12 100 MG                           | P                     | QL(4 cada día)         |
| divalproex sodium TBEC 500 MG                                 | P                     | QL(7 cada día)         | bupropion hcl TB12 200 MG                           | P                     | QL(2 cada día)         |
| divalproex sodium TBEC 250 MG                                 | P                     | QL(3 cada día)         | bupropion hcl TB12 150 MG                           | P                     | QL(3 cada día)         |
| divalproex sodium TBEC 125 MG                                 | P                     | QL(2 cada día)         | bupropion hcl TB24 150 MG                           | P                     | QL(3 cada día)         |
| valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML              | P                     |                        | bupropion hcl TB24 300 MG                           | P                     | QL(1 cada día)         |
| valproic acid CAPS                                            | P                     |                        | WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl)       | NP                    | QL(2 cada día)         |
| <b>ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión</b> |                       |                        | WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl)       | NP                    | QL(3 cada día)         |
| Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)         |                       |                        | WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl)       | NP                    | QL(4 cada día)         |
| mirtazapine TABS 30 MG                                        | P                     | QL(1.5 cada día)       | WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl)       | NP                    | QL(3 cada día)         |
| mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG                                | P                     | QL(1 cada día)         | WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl)       | NP                    | QL(1 cada día)         |
| mirtazapine TABS 15 MG                                        | P                     | QL(3 cada día)         | Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo |                       |                        |
| mirtazapine TBDP 15 MG                                        | P                     | QL(3 cada día)         | ZULRESSO                                            | P                     | SP; PA                 |
| mirtazapine TBDP 30 MG                                        | P                     | QL(1.5 cada día)       | Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)            |                       |                        |
| mirtazapine TBDP 45 MG                                        | P                     | QL(1 cada día)         |                                                     |                       |                        |
| REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)                   | NP                    | QL(3 cada día)         |                                                     |                       |                        |



| Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites               | Nombre del medicamento                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                          |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| NARDIL (Use phenelzine sulfate)                                     | NP                    |                                      | fluoxetine hcl CAPS 40 MG                     | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)                             |
| PARNATE (Use tranylcypromine sulfate)                               | NP                    |                                      | fluoxetine hcl SOLN                           | P                     | QL(600 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años) |
| phenelzine sulfate                                                  | P                     |                                      | fluoxetine hcl TABS 10 MG                     | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)                             |
| tranylcypromine sulfate                                             | P                     |                                      | fluoxetine hcl TABS 20 MG                     | P                     | QL(4 cada día)                                                  |
| Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA) |                       |                                      | fluvoxamine maleate TABS 100 MG               | P                     | QL(3 cada día)                                                  |
| SPRAVATO (56 MG DOSE)                                               | P                     | SP; PA                               | fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG         | P                     | QL(2 cada día)                                                  |
| SPRAVATO (84 MG DOSE)                                               | P                     | SP; PA                               | LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate) | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)                            |
| Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)       |                       |                                      | LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate) | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)                            |
| CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide)                     | NP                    | QL(2 cada día)                       | LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate)  | NP                    | QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)                            |
| CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide)                     | NP                    | QL(4 cada día)                       | paroxetine hcl SUSP                           | P                     | QL(40 ML al día); PA                                            |
| CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide)                     | NP                    | QL(1 cada día)                       | paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG              | P                     | QL(2 cada día)                                                  |
| citalopram hydrobromide SOLN                                        | P                     |                                      | paroxetine hcl TABS 10 MG                     | P                     | QL(6 cada día)                                                  |
| citalopram hydrobromide TABS 10 MG                                  | P                     | QL(4 cada día)                       | paroxetine hcl TABS 20 MG                     | P                     | QL(3 cada día)                                                  |
| citalopram hydrobromide TABS 40 MG                                  | P                     | QL(1 cada día)                       | paroxetine hcl TB24                           | P                     |                                                                 |
| citalopram hydrobromide TABS 20 MG                                  | P                     | QL(2 cada día)                       | PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)            | NP                    |                                                                 |
| escitalopram oxalate TABS 20 MG                                     | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años) | PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl)               | NP                    | QL(40 ML al día); PA                                            |
| escitalopram oxalate TABS 10 MG                                     | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años) | PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl)         | NP                    | QL(6 cada día)                                                  |
| escitalopram oxalate TABS 5 MG                                      | P                     | QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años) | PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl)         | NP                    | QL(3 cada día)                                                  |
| fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG                                    | P                     | QL(4 cada día)                       | PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)  | NP                    | QL(2 cada día)                                                  |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                            | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| <i>nortriptyline hcl</i> SOLN                                                                     | P                     | QL(20 ML al día)       | XIGDUO XR ( <i>Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl</i> ) | NP                    |                                                |
| PAMELOR CAPS ( <i>Use nortriptyline hcl</i> )                                                     | NP                    |                        | ZITUVIMET XR TB24                                                | NP                    |                                                |
| <b>ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre</b>            |                       |                        | ZITUVIMET TABS                                                   | NP                    |                                                |
| Combinaciones de antidiabéticos                                                                   |                       |                        | Biguanidas                                                       |                       |                                                |
| ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG ( <i>Use pioglitazone hcl-metformin hcl</i> )                      | NP                    | QL(2 cada día)         | GLUMETZA TB24 ( <i>Use metformin hcl</i> )                       | NF                    |                                                |
| <i>alogliptin-metformin hcl</i>                                                                   | P                     | QL(2 cada día)         | <i>metformin hcl</i> TABS 850 MG, 1000 MG                        | P                     |                                                |
| <i>alogliptin-pioglitazone</i> 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG               | P                     |                        | <i>metformin hcl</i> TABS 500 MG                                 | P                     | QL(4 cada día)                                 |
| <i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl</i> 1000 MG-10 MG                                      | P                     | QL(1 cada día)         | <i>metformin hcl</i> TB24 500 MG                                 | P                     | QL(4 cada día)                                 |
| <i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl</i> 1000 MG-5 MG                                       | P                     | QL(2 cada día)         | <i>metformin hcl</i> TB24 750 MG                                 | P                     | QL(3 cada día)                                 |
| <i>glipizide-metformin hcl</i>                                                                    | P                     |                        | Otros antidiabéticos                                             |                       |                                                |
| <i>glyburide-metformin</i>                                                                        | P                     |                        | BD GLUCOSE CHEW                                                  | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |
| KAZANO ( <i>Use alogliptin-metformin hcl</i> )                                                    | NP                    |                        | CVS GLUCOSE                                                      | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)      |
| KOMBIGLYZE XR ( <i>Use saxagliptin-metformin hcl</i> )                                            | NP                    | QL(1 cada día)         | CVS GLUCOSE CHEW                                                 | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |
| OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG ( <i>Use alogliptin-pioglitazone</i> ) | NP                    |                        | CVS SOFT GLUCOSE CHEW                                            | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> TABS                                                        | P                     | QL(2 cada día)         | DEX4                                                             | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)      |
| <i>saxagliptin-metformin hcl</i>                                                                  | P                     | QL(1 cada día)         | DEX4 NATURALS                                                    | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)      |
| SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24                                                                | P                     | QL(2 cada día)         | <i>glucagon (rdna)</i>                                           | P                     | QL(1 por surtido al por menor)                 |
| SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24                                                                | P                     | QL(1 cada día)         | GLUCAGON EMERGENCY ( <i>Use glucagon (rdna)</i> )                | NP                    | QL(1 por surtido al por menor)                 |
| SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS                                                               | P                     | QL(2 cada día)         | GLUCO TO GO CHEW                                                 | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |
| SOLQUA                                                                                            | P                     | QL(0.6 ML al día); PA  | GLUCOSE 6 MG-4 GM                                                | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)      |
|                                                                                                   |                       |                        | GLUCOSE CHEW                                                     | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| GNP GLUCOSE CHEW                                             | P                     | OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor) |
| HY-VEE GLUCOSE                                               | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)      |
| KROGER 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)      |
| 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)      |
| 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) |
| 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) |
| <b>Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)</b>      |                       |                                                |
| <i>alogliptin benzoate</i>                                   | P                     |                                                |
| NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i> )                     | NP                    |                                                |
| ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i> )                        | NP                    | QL(1 cada día)                                 |
| <i>saxagliptin hcl</i>                                       | P                     | QL(1 cada día)                                 |
| SITAGLIPTIN                                                  | P                     | QL(1 cada día)                                 |
| ZITUVIO                                                      | NP                    |                                                |
| <b>Medicamentos miméticos de incretina</b>                   |                       |                                                |
| BYETTA 10 MCG PEN SOPN 10 MCG/0.04ML (Use <i>exenatide</i> ) | NP                    | QL(0.08 ML al día); AL(AI menos 18 años)       |
| BYETTA 5 MCG PEN SOPN 5 MCG/0.02ML (Use <i>exenatide</i> )   | NP                    | QL(0.04 ML al día); AL(AI menos 18 años)       |

| Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <i>exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML</i>  | P                     | QL(0.04 ML al día); AL(AI menos 18 años)                              |
| <i>exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML</i> | P                     | QL(0.08 ML al día); AL(AI menos 18 años)                              |
| <i>liraglutide</i>                  | P                     | QL(0.3 ML al día); AL(AI menos 10 años)                               |
| TRULICITY                           | P                     | QL(2 ML cada 28 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años); PA |
| VICTOZA (Use <i>liraglutide</i> )   | NP                    | QL(0.3 ML al día); AL(AI menos 10 años)                               |
| <b>Insulina</b>                     |                       |                                                                       |
| ADMELOG SOLOSTAR SOPN               | NP                    |                                                                       |
| ADMELOG SOLN IJ                     | NP                    |                                                                       |
| HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML    | NP                    |                                                                       |
| HUMALOG SOLN IJ                     | NP                    |                                                                       |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN          | P                     | OTC; QL(1 ML al día)                                                  |
| HUMULIN 70/30 SUSP                  | P                     | OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)                     |
| HUMULIN N KWIKPEN SUPN              | P                     | OTC; QL(1 ML al día)                                                  |
| 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 GLARGINE-YFGN SOLN          | P                     | QL(1 ML al día)                                                       |
| INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN          | P                     | QL(1 ML al día)                                                       |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN   | P                     | QL(1.34 ML al día)                                                    |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/Límites                                |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN                      | P                     |                                                   |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 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                    |                                                   |
| 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) |
| SEMGLEE (YFGN) SOLN                                     | NP                    |                                                   |
| SEMGLEE (YFGN) SOPN                                     | NP                    |                                                   |
| Medicamentos sensibilizadores de la insulina            |                       |                                                   |
| ACTOS (Use pioglitazone hcl)                            | NP                    | QL(1 cada día)                                    |
| pioglitazone hcl                                        | P                     | QL(1 cada día)                                    |
| Análogos de la meglitinida                              |                       |                                                   |
| nateglinide                                             | P                     | QL(3 cada día)                                    |
| Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2) |                       |                                                   |
| dapagliflozin propanediol                               | P                     | QL(1 cada día)                                    |
| FARXIGA (Use dapagliflozin propanediol)                 | NP                    |                                                   |

| Nombre del medicamento                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/Límites          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Sulfonilureas                                                                        |                       |                             |
| AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride)                                                  | NP                    | QL(4 cada día)              |
| AMARYL 4 MG (Use glimepiride)                                                        | NP                    | QL(2 cada día)              |
| glimepiride 4 MG                                                                     | P                     | QL(2 cada día)              |
| glimepiride 1 MG, 2 MG                                                               | P                     | QL(4 cada día)              |
| glipizide TABS                                                                       | P                     |                             |
| glipizide TB24                                                                       | P                     |                             |
| GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide)                                                    | NP                    |                             |
| glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG                                              | P                     |                             |
| glyburide TABS                                                                       | P                     |                             |
| GLYNASE (Use glyburide micronized)                                                   | NP                    |                             |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea</b> |                       |                             |
| Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios                                     |                       |                             |
| bismuth subsalicylate CHEW 262 MG                                                    | P                     | OTC                         |
| bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML                                 | P                     | OTC                         |
| PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate)                           | NP                    | OTC                         |
| PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate)                                  | NP                    | OTC                         |
| PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate)                                        | NP                    | OTC                         |
| Medicamentos antiperistálticos                                                       |                       |                             |
| diphenoxylate w/ atropine LIQD                                                       | P                     |                             |
| diphenoxylate w/ atropine TABS                                                       | P                     |                             |
| IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl)                                                | NP                    | OTC; QL(8 cada día); RX/OTC |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites      |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl)        | NP                    | OTC; QL(8 cada día)         |
| LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine) | NP                    |                             |
| loperamide hcl CAPS                          | P                     | OTC; QL(8 cada día); RX/OTC |
| loperamide hcl TABS                          | P                     | OTC; QL(8 cada día)         |

#### ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS

|                                             |    |                                                  |
|---------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|
| Antídotos - agentes quelantes               |    |                                                  |
| CHEMET                                      | P  |                                                  |
| deferasirox PACK                            | P  | SP; PA                                           |
| deferasirox TABS                            | P  | SP; PA                                           |
| deferasirox TBSO                            | P  | SP; PA                                           |
| deferiprone TABS                            | P  | SP; PA                                           |
| EXJADE TBSO (Use deferasirox)               | NP | SP; PA                                           |
| FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS                  | P  | SP; PA                                           |
| FERRIPROX SOLN                              | P  | SP; PA                                           |
| FERRIPROX TABS (Use deferiprone)            | NP | SP; PA                                           |
| JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox)      | NP | SP; PA                                           |
| JADENU TABS (Use deferasirox)               | NP | SP; PA                                           |
| Antídotos y antagonistas específicos        |    |                                                  |
| ANDEXXA 200 MG                              | P  | SP; PA                                           |
| BRIDION SOLN                                | P  | PA                                               |
| deferoxamine mesylate                       | P  | SP; PA                                           |
| DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) | NP | SP; PA                                           |
| SM IPECAC SYRUP                             | P  |                                                  |
| VISTOGARD                                   | P  |                                                  |
| Antagonistas opioides                       |    |                                                  |
| naloxone hcl LIQD                           | P  | QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC |
| naloxone hcl SOCT                           | P  | QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)      |

| Nombre del medicamento                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                           |
|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML | P                     | QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)      |
| naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML             | P                     | QL(4 ML cada 90 días de venta al por menor)      |
| naltrexone hcl                         | P                     |                                                  |
| NARCAN LIQD (Use naloxone hcl)         | NP                    | QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC |
| VIVITROL                               | P                     | SP                                               |

#### ANTIEMÉTICOS - Medicamentos para tratar las náuseas y los vómitos

|                                      |   |                                              |
|--------------------------------------|---|----------------------------------------------|
| Antagonistas de los receptores 5-HT3 |   |                                              |
| ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML     | P | QL(50 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| ondansetron hcl TABS 24 MG           | P | QL(1 cada 14 días de venta al por menor)     |
| ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG      | P | QL(2 cada día)                               |
| ondansetron TBDP 16 MG               | P |                                              |
| ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG          | P | QL(2 cada día)                               |

|                                     |    |                                      |
|-------------------------------------|----|--------------------------------------|
| Antieméticos - anticolinérgicos     |    |                                      |
| ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl)   | NP | OTC; RX/OTC                          |
| dimenhydrinate TABS                 | P  | OTC; QL(24 por surtido al por menor) |
| DRAMAMINE CHEW                      | P  | OTC; QL(24 por surtido al por menor) |
| DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate) | NP | OTC; QL(24 por surtido al por menor) |
| meclizine hcl CHEW                  | P  | OTC; RX/OTC                          |
| meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG   | P  | RX/OTC                               |

#### ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| Antifúngicos                |   |  |
| griseofulvin microsize SUSP | P |  |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| <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 150 MG</i>                                 | P                     | QL(2 por surtido al por menor)             |
| <i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>                         | P                     |                                            |
| <i>fluconazole TABS 50 MG</i>                                  | P                     | QL(3 cada 14 días de venta al por menor)   |
| <i>itraconazole CAPS</i>                                       | P                     | QL(1 cada día); PA                         |
| <i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>                        | NP                    | QL(1 cada día); PA                         |
| <b>ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias</b> |                       |                                            |
| Antihistamínicos - alquilaminas                                |                       |                                            |
| <i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>                           | P                     | OTC                                        |
| <i>chlorpheniramine maleate TABS</i>                           | P                     | OTC; QL(120 por surtido al por menor)      |
| <i>CHLOR-TRIMETON SYRP (Use chlorpheniramine maleate)</i>      | NP                    | OTC                                        |
| <i>CHLOR-TRIMETON TABS (Use chlorpheniramine maleate)</i>      | NP                    | OTC; QL(120 por surtido al por menor)      |
| Antihistamínicos - etanolaminas                                |                       |                                            |

| Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                      |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <i>BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl)</i>    | NP                    | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)    |
| <i>BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS</i>                              | P                     | QL(4 cada día)                              |
| <i>BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>    | NP                    | OTC; QL(4 cada día)                         |
| <i>BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl)</i>              | NP                    | QL(4 cada día)                              |
| <i>BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl)</i>              | NP                    | OTC; QL(4 cada día)                         |
| <i>clemastine fumarate TABS 1.34 MG</i>                             | P                     | OTC; QL(2 cada día)                         |
| <i>DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS</i>                          | P                     | OTC; QL(2 cada día)                         |
| <i>diphenhydramine hcl CAPS</i>                                     | P                     | QL(4 cada día)                              |
| <i>diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML</i>                         | P                     | QL(240 ML por surtido al por menor)         |
| <i>diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML</i> | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)    |
| <i>diphenhydramine hcl TABS 25 MG</i>                               | P                     | OTC; QL(4 cada día)                         |
| Antihistamínicos no sedantes                                        |                       |                                             |
| <i>ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>           | NP                    | QL(1 cada día)                              |
| <i>ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>            | NP                    | QL(2 cada día)                              |
| <i>cetirizine hcl CHEW</i>                                          | P                     | QL(1 cada día)                              |
| <i>cetirizine hcl SOLN PO</i>                                       | P                     | QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC |
| <i>cetirizine hcl SYRP PO</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 julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>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 5 MG (Use loratadine)                 | NF                    |                                             |
| 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 180 MG                                 | P                     | QL(1 cada día)                              |
| fexofenadine hcl TABS 60 MG                                  | P                     | QL(2 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 PO (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                              |                       |                                             |

| Nombre del medicamento                                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML                 | P                     | AL(AI menos 2 años)                                  |
| promethazine hcl SUPP                                              | P                     | QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años) |
| promethazine hcl TABS                                              | P                     | AL(AI menos 2 años)                                  |
| Antihistamínicos - piperidinas                                     |                       |                                                      |
| cycloheptadine hcl SYRP                                            | P                     |                                                      |
| cycloheptadine hcl TABS                                            | P                     |                                                      |
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto |                       |                                                      |
| Inhibidores de la proteína similar a la angiotensina               |                       |                                                      |
| 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                    |                                                      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                      | Nombre del medicamento                                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| QUESTRAN POWD ( <i>Use cholestyramine</i> )               | NP                    |                                                             | Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP) |                       |                        |
| Derivados del ácido fíbrico                               |                       |                                                             | JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG                                              | P                     | SP; PA                 |
| ANTARA 90 MG ( <i>Use fenofibrate micronized</i> )        | NF                    |                                                             | Derivados del ácido nicotínico                                                  |                       |                        |
| <i>fenofibrate micronized</i> 134 MG, 200 MG              | P                     | QL(1 cada día)                                              | <i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TABS                                         | P                     |                        |
| <i>fenofibrate micronized</i> 67 MG                       | P                     | QL(2 cada día)                                              | <i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR                                         | P                     |                        |
| <i>fenofibrate</i> TABS 54 MG                             | P                     | QL(3 cada día)                                              | Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9              |                       |                        |
| <i>fenofibrate</i> TABS 160 MG                            | P                     | QL(1 cada día)                                              | LEQVIO                                                                          | P                     | SP; PA                 |
| FENOGLIDE TABS ( <i>Use fenofibrate</i> )                 | NF                    |                                                             | PRALUENT SOAJ                                                                   | P                     | SP; PA                 |
| <i>gemfibrozil</i> TABS                                   | P                     | QL(2 cada día)                                              | REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT                                                  | P                     | SP; PA                 |
| LOPID TABS ( <i>Use gemfibrozil</i> )                     | NP                    | QL(2 cada día)                                              | REPATHA SURECLICK SOAJ                                                          | P                     | SP; PA                 |
| Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA                 |                       |                                                             | REPATHA SOSY                                                                    | P                     | SP; PA                 |
| <i>atorvastatin calcium</i> TABS                          | P                     | QL(1 cada día)                                              | ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial           |                       |                        |
| CRESTOR TABS ( <i>Use rosuvastatin calcium</i> )          | NP                    | Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST | Inhibidores de la ECA                                                           |                       |                        |
| LIPITOR TABS ( <i>Use atorvastatin calcium</i> )          | NP                    | QL(1 cada día)                                              | ACCUPRIL ( <i>Use quinapril hcl</i> )                                           | NP                    |                        |
| <i>lovastatin</i> TABS 10 MG, 20 MG                       | P                     | QL(1 cada día)                                              | ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG ( <i>Use ramipril</i> )                | NP                    | QL(2 cada día)         |
| <i>lovastatin</i> TABS 40 MG                              | P                     | QL(2 cada día)                                              | <i>benazepril hcl</i> 40 MG                                                     | P                     | QL(2 cada día)         |
| <i>pravastatin sodium</i>                                 | P                     | QL(1 cada día)                                              | <i>benazepril hcl</i> 5 MG, 10 MG, 20 MG                                        | P                     | QL(1 cada día)         |
| <i>rosuvastatin calcium</i> TABS                          | P                     | Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST | <i>captopril</i>                                                                | P                     | QL(3 cada día)         |
| <i>simvastatin</i> TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG         | P                     | QL(1 cada día)                                              | <i>enalapril maleate</i> TABS                                                   | P                     | QL(2 cada día)         |
| ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG ( <i>Use simvastatin</i> ) | NP                    | QL(1 cada día)                                              | <i>fosinopril sodium</i>                                                        | P                     | QL(1 cada día)         |
| Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol     |                       |                                                             | <i>lisinopril</i> TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG                         | P                     | QL(2 cada día)         |
| <i>ezetimibe</i>                                          | P                     | ST                                                          | <i>lisinopril</i> TABS 2.5 MG                                                   | P                     | QL(1 cada día)         |
| ZETIA ( <i>Use ezetimibe</i> )                            | NP                    | ST                                                          | LOTENSIN 40 MG ( <i>Use benazepril hcl</i> )                                    | NP                    | QL(2 cada día)         |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                 | Nombre del medicamento                                                      | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| LOTENSIN 10 MG, 20 MG<br>(Use <i>benazepril hcl</i> )                        | NP                    | QL(1 cada día)                                         | Antihipertensivos antiadrenérgicos                                          |                       |                                  |
| <i>quinapril hcl</i>                                                         | P                     |                                                        | CARDURA (Use<br><i>doxazosin mesylate</i> )                                 | NP                    |                                  |
| <i>ramipril CAPS</i>                                                         | P                     | QL(2 cada día)                                         | <i>clonidine hcl TABS</i>                                                   | P                     |                                  |
| <i>trandolapril 4 MG</i>                                                     | P                     | QL(2 cada día)                                         | <i>doxazosin mesylate</i>                                                   | P                     |                                  |
| <i>trandolapril 1 MG, 2 MG</i>                                               | P                     | QL(1 cada día)                                         | <i>guanfacine hcl</i>                                                       | P                     |                                  |
| VASOTEC TABS (Use<br><i>enalapril maleate</i> )                              | NP                    | QL(2 cada día)                                         | <i>methyldopa TABS</i>                                                      | P                     |                                  |
| ZESTRIL TABS 2.5 MG<br>(Use <i>lisinopril</i> )                              | NP                    | QL(1 cada día)                                         | MINIPRESS CAPS (Use<br><i>prazosin hcl</i> )                                | NP                    |                                  |
| ZESTRIL TABS 5 MG, 10<br>MG, 20 MG, 30 MG, 40<br>MG (Use <i>lisinopril</i> ) | NP                    | QL(2 cada día)                                         | <i>prazosin hcl CAPS</i>                                                    | P                     |                                  |
| Agentes para el feocromocitoma                                               |                       |                                                        | <i>terazosin hcl</i>                                                        | P                     |                                  |
| DEMSEER (Use<br><i>metirosine</i> )                                          | NP                    | SP; PA                                                 | Combinación de antihipertensivos                                            |                       |                                  |
| <i>metirosine</i>                                                            | P                     | SP; PA                                                 | ACCURETIC 12.5 MG-10<br>MG (Use <i>quinapril-<br/>hydrochlorothiazide</i> ) | NP                    | QL(3 cada día)                   |
| Antagonistas de los receptores de la angiotensina II                         |                       |                                                        | ACCURETIC 12.5 MG-20<br>MG (Use <i>quinapril-<br/>hydrochlorothiazide</i> ) | NP                    | QL(4 cada día)                   |
| ATACAND (Use<br><i>candesartan cilexetil</i> )                               | NP                    |                                                        | <i>amlodipine besylate-<br/>benazepril hcl</i>                              | P                     | QL(1 cada día)                   |
| AVAPRO 150 MG, 300<br>MG (Use <i>irbesartan</i> )                            | NP                    | QL(1 cada día)                                         | <i>amlodipine besylate-<br/>olmesartan medoxomil</i>                        | P                     | Use losartan o<br>irbesartan; ST |
| BENICAR (Use<br><i>olmesartan medoxomil</i> )                                | NP                    | Use losartan o<br>irbesartan; QL(1<br>cada día); ST    | <i>amlodipine besylate-<br/>valsartan</i>                                   | P                     | Use losartan o<br>irbesartan; ST |
| <i>candesartan cilexetil</i>                                                 | P                     |                                                        | <i>amlodipine-valsartan-<br/>hydrochlorothiazide</i>                        | P                     | Use losartan o<br>irbesartan; ST |
| COZAAR (Use <i>losartan<br/>potassium</i> )                                  | NP                    | QL(1 cada día)                                         | ATACAND HCT (Use<br><i>candesartan cilexetil-<br/>hydrochlorothiazide</i> ) | NP                    |                                  |
| DIOVAN TABS (Use<br><i>valsartan</i> )                                       | NP                    | QL(1 cada día)                                         | <i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>                                        | P                     | QL(2 cada día)                   |
| <i>irbesartan</i>                                                            | P                     | QL(1 cada día)                                         | AVALIDE (Use<br><i>irbesartan-<br/>hydrochlorothiazide</i> )                | NP                    | QL(1 cada día)                   |
| <i>losartan potassium</i>                                                    | P                     | QL(1 cada día)                                         | AZOR (Use <i>amlodipine<br/>besylate-olmesartan<br/>medoxomil</i> )         | NP                    | Use losartan o<br>irbesartan; ST |
| MICARDIS (Use<br><i>telmisartan</i> )                                        | NP                    | QL(1 cada día)                                         | <i>benazepril &amp;<br/>hydrochlorothiazide</i>                             | P                     | QL(1 cada día)                   |
| <i>olmesartan medoxomil</i>                                                  | P                     | Use losartan o<br>irbesartan;<br>QL(1 cada día);<br>ST |                                                                             |                       |                                  |
| <i>telmisartan</i>                                                           | P                     | QL(1 cada día)                                         |                                                                             |                       |                                  |
| <i>valsartan TABS</i>                                                        | P                     | QL(1 cada día)                                         |                                                                             |                       |                                  |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        | Nombre del medicamento                                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)            | NP                    | Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST | LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide)    | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| bisoprolol & hydrochlorothiazide                                      | P                     | QL(1 cada día)                                | LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide                             | P                     |                                               | metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG                                               | P                     | QL(1 cada día)                                |
| captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG | P                     | QL(2 cada día)                                | metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG                                  | P                     | QL(2 cada día)                                |
| captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG                           | P                     | QL(3 cada día)                                | MICARDIS HCT (Use telmisartan-hydrochlorothiazide)                                               | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| DIOVAN HCT (Use valsartan-hydrochlorothiazide)                        | NP                    | QL(1 cada día)                                | olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide                                              | P                     | Use losartan o irbesartan; ST                 |
| enalapril maleate & hydrochlorothiazide                               | P                     | QL(2 cada día)                                | olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide                                                         | P                     | Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST |
| EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan)                           | NP                    | Use losartan o irbesartan; ST                 | quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG                                                      | P                     | QL(4 cada día)                                |
| EXFORGE HCT (Use amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide)            | NP                    | Use losartan o irbesartan; ST                 | quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG                                                      | P                     | QL(3 cada día)                                |
| fosinopril sodium & hydrochlorothiazide                               | P                     | QL(1 cada día)                                | quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG                                                        | P                     | QL(2 cada día)                                |
| HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide)                 | NP                    | QL(1 cada día)                                | telmisartan-amlodipine                                                                           | P                     |                                               |
| irbesartan-hydrochlorothiazide                                        | P                     | QL(1 cada día)                                | telmisartan-hydrochlorothiazide                                                                  | P                     | QL(1 cada día)                                |
| lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG         | P                     | QL(2 cada día)                                | TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone)                                                    | NP                    | QL(2 cada día)                                |
| lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG                          | P                     | QL(1 cada día)                                | TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone)                                                     | NP                    | QL(2 cada día)                                |
| losartan potassium & hydrochlorothiazide                              | P                     | QL(1 cada día)                                | trandolapril-verapamil hcl                                                                       | P                     |                                               |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites        | Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)                                | NP                    | Use losartan o irbesartan; ST | methenamine-hyosc-methylene blue-sod phosph-phenyl sal TABS 81.6 MG | P                     |                                           |
| valsartan-hydrochlorothiazide                                                                      | P                     | QL(1 cada día)                | sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP                                  | P                     |                                           |
| VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide)                                | NP                    | QL(2 cada día)                | sulfamethoxazole-trimethoprim TABS                                  | P                     |                                           |
| ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)                                      | NP                    | QL(1 cada día)                | URETRON D/S TABS 81.6 MG                                            | P                     |                                           |
| ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)                     | NP                    | QL(2 cada día)                | Carbapenémicos                                                      |                       |                                           |
| ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide)                                                        | NP                    | QL(1 cada día)                | ertapenem sodium IJ                                                 | P                     | SP; PA                                    |
| Antihipertensivos - varios                                                                         |                       |                               | INVANZ IJ (Use ertapenem sodium)                                    | NP                    | SP; PA                                    |
| VECAMYL                                                                                            | P                     | SP; PA                        | Glucopéptidos                                                       |                       |                                           |
| Vasodiladores                                                                                      |                       |                               | FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl)                                | NP                    | QL(300 ML por surtido al por menor)       |
| hydralazine hcl TABS                                                                               | P                     |                               | VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl)                           | NP                    | QL(4 cada día)                            |
| minoxidil 10 MG                                                                                    | P                     | QL(10 cada día)               | VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl)                           | NP                    | QL(8 cada día)                            |
| minoxidil 2.5 MG                                                                                   | P                     | QL(3 cada día)                | vancomycin hcl CAPS 250 MG                                          | P                     | QL(8 cada día)                            |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS</b><br>- Medicamentos para tratar infecciones bacterianas |                       |                               | vancomycin hcl CAPS 125 MG                                          | P                     | QL(4 cada día)                            |
| Medicamentos antiinfecciosos - varios                                                              |                       |                               | vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML               | P                     | QL(300 ML por surtido al por menor)       |
| metronidazole TABS 250 MG, 500 MG                                                                  | P                     |                               | vancomycin hcl SOLR IV 500 MG                                       | P                     | QL(14 cada 30 días de venta al por menor) |
| trimethoprim TABS                                                                                  | P                     |                               | vancomycin hcl SOLR IV 1 GM                                         | P                     | QL(14 por surtido al por menor)           |
| Antiinfecciosos varios - combinaciones                                                             |                       |                               | VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM                                         | P                     | QL(14 por surtido al por menor)           |
| BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)                                                | NP                    |                               | VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG                                       | P                     | QL(14 cada 30 días de venta al por menor) |
| BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)                                                   | NP                    |                               | Leprostáticos                                                       |                       |                                           |
|                                                                                                    |                       |                               | dapsone                                                             | P                     |                                           |
|                                                                                                    |                       |                               | Lincosamidas                                                        |                       |                                           |

| Nombre del medicamento                                                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride)                                     | NP                    | QL(300 ML por surtido al por menor) |
| CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl)                                          | NP                    |                                     |
| clindamycin hcl 150 MG, 300 MG                                                        | P                     |                                     |
| clindamycin palmitate hydrochloride                                                   | P                     | QL(300 ML por surtido al por menor) |
| Monobactámicos                                                                        |                       |                                     |
| CAYSTON                                                                               | P                     | SP; PA                              |
| Oxazolidinonas                                                                        |                       |                                     |
| SIVEXTRO TABS                                                                         | P                     | QL(6 por surtido al por menor); PA  |
| Pleuromutilinas                                                                       |                       |                                     |
| XENLETA TABS                                                                          | P                     | SP; PA                              |
| Antiinfecciosos urinarios                                                             |                       |                                     |
| MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro)                                           | NP                    |                                     |
| MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal)                           | NP                    |                                     |
| methenamine mandelate                                                                 | P                     |                                     |
| nitrofurantoin                                                                        | P                     | QL(40 ML al día)                    |
| nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG                                             | P                     |                                     |
| nitrofurantoin monohyd macro                                                          | P                     |                                     |
| <b>ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)</b> |                       |                                     |
| Combinaciones antimaláricas                                                           |                       |                                     |
| COARTEM                                                                               | P                     | QL(24 por surtido al por menor)     |
| Antimaláricos                                                                         |                       |                                     |

| Nombre del medicamento                                                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| chloroquine phosphate TABS 250 MG                                                                            | P                     |                                          |
| chloroquine phosphate TABS 500 MG                                                                            | P                     | QL(1 cada día)                           |
| DARAPRIM (Use pyrimethamine)                                                                                 | NP                    | SP; PA                                   |
| hydroxychloroquine sulfate 200 MG                                                                            | P                     |                                          |
| KRINTAFEL                                                                                                    | P                     | QL(2 cada 30 días de venta al por menor) |
| mefloquine hcl                                                                                               | P                     |                                          |
| PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate)                                                                   | NP                    |                                          |
| primaquine phosphate TABS                                                                                    | P                     |                                          |
| PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate)                                                         | NP                    |                                          |
| pyrimethamine                                                                                                | P                     | SP; PA                                   |
| SOVUNA 200 MG                                                                                                | P                     |                                          |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS</b>                                                             |                       |                                          |
| Medicamentos antimiasténicos/colinérgicos                                                                    |                       |                                          |
| MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide)                                                                   | NP                    |                                          |
| MESTINON TBCR (Use pyridostigmine bromide)                                                                   | NP                    |                                          |
| pyridostigmine bromide TABS 60 MG                                                                            | P                     |                                          |
| pyridostigmine bromide TBCR                                                                                  | P                     |                                          |
| <b>MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)</b> |                       |                                          |
| Agentes antimicobacterianos                                                                                  |                       |                                          |
| ethambutol hcl TABS                                                                                          | P                     |                                          |
| isoniazid SYRP                                                                                               | P                     |                                          |
| isoniazid TABS                                                                                               | P                     |                                          |
| MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl)                                                                   | NP                    |                                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| MYCOBUTIN (Use rifabutin)                                                               | NP                    |                    | <i>melfalan</i>                                                                 | P                     |                    |
| <i>pyrazinamide</i>                                                                     | P                     |                    | <i>melfalan hcl IV</i>                                                          | P                     | SP; PA             |
| <i>rifabutin</i>                                                                        | P                     |                    | MYLERAN TABS                                                                    | P                     |                    |
| <i>rifampin CAPS</i>                                                                    | P                     |                    | TEMODAR SOLR                                                                    | P                     | SP; PA             |
| TRECTOR                                                                                 | P                     |                    | <i>temozolomide CAPS</i>                                                        | P                     | SP; PA             |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer</b>         |                       |                    | TEPADINA (Use <i>thiotepa</i> )                                                 | NP                    | SP; PA             |
| Medicamentos alquilantes                                                                |                       |                    | <i>thiotepa</i>                                                                 | P                     | SP; PA             |
| ALKERAN IV (Use <i>melfalan hcl</i> )                                                   | NP                    | SP; PA             | TREANDA SOLR (Use <i>bendamustine hcl</i> )                                     | NP                    | SP; PA             |
| ALKERAN (Use <i>melfalan</i> )                                                          | NP                    |                    | VIVIMUSTA SOLN                                                                  | P                     | SP; PA             |
| BELRAPZO SOLN                                                                           | P                     | SP; PA             | YONDELIS                                                                        | P                     | SP; PA             |
| BENDAMUSTINE HCL SOLN                                                                   | P                     | SP; PA             | ZEPZELCA                                                                        | P                     | SP; PA             |
| <i>bendamustine hcl SOLR</i>                                                            | P                     | SP; PA             | Antimetabolitos                                                                 |                       |                    |
| BENDEKA SOLN                                                                            | P                     | SP; PA             | ALIMTA SOLR (Use <i>pemetrexed disodium</i> )                                   | NP                    | 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>azacitidine SUSR</i>                                                         | P                     | SP; PA             |
| <i>cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML</i>                            | P                     | SP; PA             | <i>capecitabine</i>                                                             | P                     | SP; PA             |
| CISPLATIN SOLR                                                                          | P                     | SP; PA             | <i>cladribine 10 MG/10ML</i>                                                    | P                     | SP; PA             |
| <i>cyclophosphamide SOLN</i>                                                            | P                     | SP; PA             | <i>cytarabine SOLN</i>                                                          | P                     | SP; PA             |
| CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML (Use <i>cyclophosphamide</i> )                | NP                    | SP; PA             | <i>decitabine</i>                                                               | P                     | SP; PA             |
| CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML                                 | P                     | SP; PA             | <i>fludarabine phosphate SOLN</i>                                               | P                     | SP; PA             |
| <i>cyclophosphamide SOLR IJ</i>                                                         | P                     | SP; PA             | FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN                                                      | P                     | SP; PA             |
| EVOMELA IV                                                                              | P                     | SP; PA             | <i>fludarabine phosphate SOLR</i>                                               | P                     | SP; PA             |
| KEMOPLAT SOLN                                                                           | P                     | SP; PA             | FOLOTYN                                                                         | P                     | SP; PA             |
| LEUKERAN                                                                                | P                     |                    | <i>mercaptopurine SUSP 2000 MG/100ML</i>                                        | P                     |                    |
|                                                                                         |                       |                    | <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             |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites    | Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| PEMETREXED 500 MG/20ML                                   | P                     | SP; PA                    | ARZERRA                             | P                     | SP; PA                 |
| <i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>           | P                     | SP; PA                    | BAVENCIO                            | P                     | SP; PA                 |
| PEMFEXY                                                  | P                     | SP; PA                    | BESPO NSA                           | P                     | SP; PA                 |
| <i>pralatrexate</i>                                      | P                     | SP; PA                    | BLINCYTO                            | P                     | SP; PA                 |
| PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML ( <i>Use mercaptopurine</i> ) | NP                    |                           | DARZALEX                            | P                     | SP; PA                 |
| TABLOID                                                  | P                     | SP; PA                    | EMPLICITI                           | P                     | SP; PA                 |
| TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG                  | P                     |                           | ENHERTU                             | P                     | SP; PA                 |
| VIDAZA SUSR ( <i>Use azacitidine</i> )                   | NP                    | SP; PA                    | GAZYVA                              | P                     | SP; PA                 |
| XELODA ( <i>Use capecitabine</i> )                       | NP                    | SP; PA                    | IMFINZI                             | P                     | SP; PA                 |
| Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis         |                       |                           | JEMPERLI                            | P                     | SP; PA                 |
| CYRAMZA                                                  | P                     | SP; PA                    | KADCYLA                             | P                     | SP; PA                 |
| INLYTA                                                   | P                     | SP; PA                    | KEYTRUDA                            | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA | KIMMTRAK                            | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(3 cada día);<br>SP; PA | LIBTAYO                             | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA | LOQTORZI                            | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA | LUMOXITI                            | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA | MONJUVI                             | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)                               | P                     | QL(3 cada día);<br>SP; PA | OPDIVO                              | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)                                | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA | PADCEV                              | P                     | SP; PA                 |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)                                | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA | POLIVY                              | P                     | SP; PA                 |
| MVASI                                                    | P                     | SP; PA                    | POTELIGEO                           | P                     | SP; PA                 |
| ZALTRAP                                                  | P                     | SP; PA                    | RIABNI                              | P                     | SP; PA                 |
| ZIRABEV                                                  | P                     | SP; PA                    | RITUXAN                             | P                     | SP; PA                 |
| Antineoplásicos - anticuerpos                            |                       |                           | RUXIENCE                            | P                     | SP; PA                 |
| ADCETRIS                                                 | 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                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| PERJETA                                             | P                     | SP; PA                 | AROMASIN (Use exemestane)                                      | NP                    |                        |
| TRAZIMERA                                           | P                     | SP; PA                 | bicalutamide                                                   | P                     | QL(1 cada día)         |
| TUKYSA                                              | P                     | SP; PA                 | CASODEX (Use bicalutamide)                                     | NP                    | QL(1 cada día)         |
| Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2              |                       |                        | ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG                               | P                     | SP; PA                 |
| VENCLEXTA STARTING PACK TBPK                        | P                     | SP; PA                 | ELIGARD KIT SC 7.5 MG                                          | P                     | SP; PA                 |
| VENCLEXTA TABS                                      | P                     | SP; PA                 | EMCYT                                                          | P                     | SP; PA                 |
| Antineoplásicos - inmunoterapia celular             |                       |                        | ERLEADA 60 MG                                                  | P                     | SP; PA                 |
| ABECMA                                              | P                     | SP; PA                 | EULEXIN                                                        | P                     |                        |
| BREYANZI                                            | P                     | SP; PA                 | exemestane                                                     | P                     |                        |
| CARVYKTI                                            | P                     | SP; PA                 | FARESTON (Use toremifene citrate)                              | NP                    | PA                     |
| TECARTUS                                            | P                     | SP; PA                 | FEMARA (Use letrozole)                                         | NP                    |                        |
| Antineoplásicos - inhibidores de los EGFR           |                       |                        | hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)                  | P                     | SP; PA                 |
| ERBITUX                                             | P                     | SP; PA                 | letrozole                                                      | P                     |                        |
| erlotinib hcl                                       | P                     | SP; PA                 | LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE                                 | P                     | SP; PA                 |
| EXKIVITY                                            | P                     | SP; PA                 | leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML                           | P                     | SP; PA                 |
| gefitinib                                           | P                     | SP; PA                 | LYSODREN                                                       | P                     | SP; PA                 |
| GILOTRIF                                            | P                     | SP; PA                 | megestrol acetate SUSP                                         | P                     |                        |
| IRESSA (Use gefitinib)                              | NP                    | SP; PA                 | megestrol acetate TABS                                         | P                     |                        |
| PORTRAZZA                                           | P                     | SP; PA                 | NUBEQA                                                         | P                     | SP; PA                 |
| TAGRISO                                             | P                     | SP; PA                 | tamoxifen citrate TABS                                         | P                     |                        |
| TARCEVA (Use erlotinib hcl)                         | NP                    | SP; PA                 | toremifene citrate                                             | P                     | PA                     |
| VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML                    | P                     | SP; PA                 | XTANDI CAPS                                                    | P                     | SP; PA                 |
| VIZIMPRO                                            | P                     | SP; PA                 | XTANDI TABS                                                    | P                     | SP; PA                 |
| Antineoplásicos - inhibidores de la vía Hedgehog    |                       |                        | YONSA                                                          | P                     | SP; PA                 |
| DAURISMO                                            | P                     | SP; PA                 | ZOLADEX                                                        | P                     | SP; PA                 |
| ERIVEDGE                                            | P                     | SP; PA                 | ZYTIGA (Use abiraterone acetate)                               | NP                    | SP; PA                 |
| ODOMZO                                              | P                     | SP; PA                 | Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia |                       |                        |
| Antineoplásicos - agentes hormonales y relacionados |                       |                        | WELIREG                                                        | P                     | SP; PA                 |
| abiraterone acetate                                 | P                     | SP; PA                 | Antineoplásicos - inmunomoduladores                            |                       |                        |
| anastrozole                                         | P                     |                        |                                                                |                       |                        |
| ARIMIDEX (Use anastrozole)                          | NP                    |                        |                                                                |                       |                        |



| Nombre del medicamento                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites    | Nombre del medicamento                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites    |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| POMALYST                                              | P                     | SP; PA                    | KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)            | P                     | SP; PA                    |
| Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR          |                       |                           | LONSURF                                 | P                     | SP; PA                    |
| AYVAKIT                                               | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA | OPDUALAG                                | P                     | SP; PA                    |
| Antineoplásicos - Inhibidores de XPO1                 |                       |                           | PHESGO                                  | P                     | SP; PA                    |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG                     | P                     | SP; PA                    | RITUXAN HYCELA                          | P                     | SP; PA                    |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)                            | P                     | SP; PA                    | VYXEOS                                  | P                     | SP; PA                    |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG                     | P                     | SP; PA                    | Inhibidores enzimáticos antineoplásicos |                       |                           |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG                      | P                     | SP; PA                    | AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus)  | NP                    | SP; PA                    |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)                           | P                     | SP; PA                    | AFINITOR TABS (Use everolimus)          | NP                    | SP; PA                    |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG                      | P                     | SP; PA                    | ALECENSA                                | P                     | SP; PA                    |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)                           | P                     | SP; PA                    | ALUNBRIG TABS                           | P                     | SP; PA                    |
| Antibióticos antineoplásicos                          |                       |                           | ALUNBRIG TBPk                           | P                     | SP; PA                    |
| daunorubicin hcl SOLN                                 | P                     | SP; PA                    | BALVERSA                                | P                     | SP; PA                    |
| DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl)          | NP                    | SP; PA                    | BELEODAQ                                | P                     | SP; PA                    |
| ELLECE SOLN                                           | P                     | SP; PA                    | bortezomib SOLR IJ                      | P                     | SP; PA                    |
| mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML | P                     | SP; PA                    | BOREZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG          | P                     | SP; PA                    |
| valrubicin                                            | P                     | SP; PA                    | BOSULIF TABS                            | P                     | SP; PA                    |
| VALSTAR (Use valrubicin)                              | NP                    | SP; PA                    | BRAFTOVI 75 MG                          | P                     | SP; PA                    |
| Combinaciones antineoplásicas                         |                       |                           | BRUKINSA                                | P                     | SP; PA                    |
| DARZALEX FASPRO                                       | P                     | SP; PA                    | CABOMETYX TABS 40 MG                    | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA |
| HERCEPTIN HYLECTA                                     | P                     | SP; PA                    | CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG             | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA |
| INQOVI                                                | P                     | SP; PA                    | CAPRELSA                                | P                     | SP; PA                    |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)                          | P                     | SP; PA                    | COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT        | P                     | SP; PA                    |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)                          | P                     | SP; PA                    | COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT        | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT         | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | COPIKTRA                                | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | COTELLIC                                | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | dasatinib                               | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | everolimus TABS                         | P                     | SP; PA                    |
|                                                       |                       |                           | everolimus TBSO                         | P                     | SP; PA                    |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites    | Nombre del medicamento                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites    |
|-----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| FOTIVDA                                       | P                     | SP; PA                    | PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)                                 | P                     | SP; PA                    |
| FYARRO                                        | P                     | SP; PA                    | PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)                                 | P                     | SP; PA                    |
| GAVRETO                                       | P                     | SP; PA                    | PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)                                 | P                     | SP; PA                    |
| GLEEVEC TABS ( <i>Use imatinib mesylate</i> ) | NP                    | SP; PA                    | QINLOCK                                                    | P                     | SP; PA                    |
| IBRANCE CAPS                                  | P                     | SP; PA                    | RETEVMO CAPS                                               | P                     | SP; PA                    |
| IBRANCE TABS                                  | P                     | SP; PA                    | ROMIDEPSIN SOLN                                            | P                     | SP; PA                    |
| ICLUSIG                                       | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA | <i>romidepsin SOLR</i>                                     | P                     | SP; PA                    |
| IDHIFA                                        | P                     | SP; PA                    | ROZLYTREK CAPS                                             | P                     | SP; PA                    |
| <i>imatinib mesylate TABS</i>                 | P                     | SP; PA                    | RUBRACA                                                    | P                     | SP; PA                    |
| IMBRUVICA CAPS                                | P                     | SP; PA                    | RYDAPT                                                     | P                     | SP; PA                    |
| IMBRUVICA TABS                                | P                     | QL(1 cada día);<br>SP; PA | SCEMBLIX 100 MG                                            | P                     | SP                        |
| INREBIC                                       | P                     | SP; PA                    | SCEMBLIX 20 MG, 40 MG                                      | P                     | SP; PA                    |
| ISTODAX SOLR ( <i>Use romidepsin</i> )        | NP                    | SP; PA                    | <i>sorafenib tosylate</i>                                  | P                     | SP; PA                    |
| JAKAFI                                        | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA | SPRYCEL ( <i>Use dasatinib</i> )                           | NP                    | SP; PA                    |
| KISQALI (200 MG DOSE)                         | P                     | SP; PA                    | STIVARGA                                                   | P                     | SP; PA                    |
| KISQALI (400 MG DOSE)                         | P                     | SP; PA                    | <i>sunitinib malate</i>                                    | P                     | SP; PA                    |
| KISQALI (600 MG DOSE)                         | P                     | SP; PA                    | SUTENT ( <i>Use sunitinib malate</i> )                     | NP                    | SP; PA                    |
| KOSELUGO                                      | P                     | SP; PA                    | TABRECTA                                                   | P                     | SP; PA                    |
| KYPROLIS                                      | P                     | SP; PA                    | TAFINLAR CAPS                                              | P                     | SP; PA                    |
| <i>lapatinib ditosylate</i>                   | P                     | SP; PA                    | TALZENNA                                                   | P                     | SP; PA                    |
| LORBRENA                                      | P                     | SP; PA                    | TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG ( <i>Use nilotinib hcl</i> ) | NP                    | SP; PA                    |
| LUMAKRAS                                      | P                     | SP; PA                    | TAZVERIK                                                   | P                     | SP; PA                    |
| LYNPARZA TABS                                 | P                     | QL(4 cada día);<br>SP; PA | <i>temsirolimus</i>                                        | P                     | SP; PA                    |
| MEKINIST TABS                                 | P                     | SP; PA                    | TIBSOVO                                                    | P                     | SP; PA                    |
| MEKTOVI                                       | P                     | SP; PA                    | TORISEL ( <i>Use temsirolimus</i> )                        | NP                    | SP; PA                    |
| NERLYNX                                       | P                     | SP; PA                    | TURALIO 125 MG                                             | P                     | SP; PA                    |
| NEXAVAR ( <i>Use sorafenib tosylate</i> )     | NP                    | SP; PA                    | TYKERB ( <i>Use lapatinib ditosylate</i> )                 | NP                    | SP; PA                    |
| <i>nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG</i>    | P                     | SP; PA                    | VELCADE SOLR IJ ( <i>Use bortezomib</i> )                  | NP                    | SP; PA                    |
| NINLARO                                       | P                     | SP; PA                    | VERZENIO                                                   | P                     | QL(2 cada día);<br>SP; PA |
| <i>pazopanib hcl</i>                          | P                     | SP; PA                    |                                                            |                       |                           |
| PEMAZYRE                                      | P                     | SP; PA                    |                                                            |                       |                           |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| VITRAKVI CAPS                 | P                     | SP; PA                 | TRISENOX (Use arsenic trioxide)                                  | NP                    | SP; PA                 |
| VITRAKVI SOLN                 | P                     | SP; PA                 | Coadyuvantes quimioterapéuticos                                  |                       |                        |
| VONJO                         | P                     | SP; PA                 | KEPIVANCE 5.16 MG                                                | P                     | SP                     |
| VOTRIENT (Use pazopanib hcl)  | NP                    | SP; PA                 | KEPIVANCE 6.25 MG                                                | P                     | SP; PA                 |
| VOTRIENT                      | P                     | SP; PA                 | Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores |                       |                        |
| XALKORI CAPS                  | P                     | SP; PA                 | dexrazoxane hcl                                                  | P                     | SP; PA                 |
| XOSPATA                       | P                     | SP; PA                 | KHAPZORY                                                         | P                     | SP; PA                 |
| ZEJULA CAPS                   | P                     | SP; PA                 | leucovorin calcium TABS                                          | P                     |                        |
| ZELBORAF                      | P                     | SP; PA                 | levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML                          | P                     | SP; PA                 |
| ZOLINZA                       | P                     | SP; PA                 | levoleucovorin calcium SOLR                                      | P                     | SP; PA                 |
| ZYDELIG                       | P                     | SP; PA                 | mesna SOLN                                                       | P                     | SP; PA                 |
| ZYKADIA TABS                  | P                     | SP; PA                 | mesna TABS                                                       | P                     | SP; PA                 |
| Enzimas antineoplásicas       |                       |                        | MESNEX SOLN (Use mesna)                                          | NP                    | SP; PA                 |
| ASPARLAS                      | P                     | SP; PA                 | MESNEX TABS                                                      | P                     | SP; PA                 |
| ONCASPAS                      | P                     | SP; PA                 | VORAXAZE                                                         | P                     | SP; PA                 |
| RYLAZE                        | P                     | SP; PA                 | Inhibidores mitóticos                                            |                       |                        |
| Radiofármacos antineoplásicos |                       |                        | ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles)                | NP                    | SP; PA                 |
| AZEDRA DOSIMETRIC             | P                     | SP; PA                 | docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML                   | P                     | SP; PA                 |
| AZEDRA THERAPEUTIC            | P                     | SP; PA                 | DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML                   | P                     | SP; PA                 |
| Antineoplásicos varios        |                       |                        | DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel)   | NP                    | SP; PA                 |
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML       | P                     | SP; PA                 | docetaxel SOLN                                                   | P                     | SP; PA                 |
| ALFERON N                     | P                     | SP; PA                 | DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML                 | P                     | SP; PA                 |
| arsenic trioxide              | P                     | SP; PA                 | DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)                                   | NP                    | SP; PA                 |
| BESREMI                       | P                     | SP; PA                 | DOCIVYX SOLN                                                     | P                     | SP; PA                 |
| bexarotene                    | P                     | SP; PA                 | eribulin mesylate                                                | P                     | SP; PA                 |
| HYDREA (Use hydroxyurea)      | NP                    |                        |                                                                  |                       |                        |
| hydroxyurea                   | P                     |                        |                                                                  |                       |                        |
| MATULANE                      | P                     | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |
| PHOTOFRIN                     | P                     | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |
| PROLEUKIN                     | P                     | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |
| SYNRIBO                       | P                     | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |
| TARGRETIN (Use bexarotene)    | NP                    | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |
| tretinoin (chemotherapy)      | P                     | SP; PA                 |                                                                  |                       |                        |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                                                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| <i>etoposide CAPS</i>                                                                                                  | P                     | SP; PA                 | Dopaminérgicos antiparkinsonianos                                                                       |                       |                                         |
| <i>etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML</i>                                                               | P                     | SP; PA                 | <i>amantadine hcl CAPS</i>                                                                              | P                     |                                         |
| HALAVEN ( <i>Use eribulin mesylate</i> )                                                                               | NP                    | SP; PA                 | <i>amantadine hcl SOLN</i>                                                                              | P                     |                                         |
| IXEMPRA KIT                                                                                                            | P                     | SP; PA                 | APOKYN SOCT                                                                                             | P                     | SP; PA                                  |
| JEVTANA                                                                                                                | P                     | SP; PA                 | <i>apomorphine hydrochloride SOCT</i>                                                                   | P                     | SP; PA                                  |
| PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART                                                                                          | P                     | SP; PA                 | <i>bromocriptine mesylate CAPS</i>                                                                      | P                     |                                         |
| <i>paclitaxel protein-bound particles</i>                                                                              | P                     | SP; PA                 | <i>bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG</i>                                                               | P                     |                                         |
| <i>vincristine sulfate</i>                                                                                             | P                     | SP; PA                 | <i>carbidopa-levodopa TABS</i>                                                                          | P                     |                                         |
| Medicamentos virales oncolíticos                                                                                       |                       |                        | <i>carbidopa-levodopa TBCR</i>                                                                          | P                     |                                         |
| IMLYGIC                                                                                                                | P                     | SP; PA                 | DHIVY TABS                                                                                              | P                     |                                         |
| Inhibidores de la topoisomerasa I                                                                                      |                       |                        | GOCOVRI CP24                                                                                            | P                     | SP; PA                                  |
| CAMPTOSAR ( <i>Use irinotecan hcl</i> )                                                                                | NP                    | SP; PA                 | PARLODEL CAPS ( <i>Use bromocriptine mesylate</i> )                                                     | NP                    |                                         |
| HYCANTIN CAPS                                                                                                          | P                     | SP; PA                 | PARLODEL TABS ( <i>Use bromocriptine mesylate</i> )                                                     | NP                    |                                         |
| HYCANTIN SOLR ( <i>Use topotecan hcl</i> )                                                                             | NP                    | SP; PA                 | <i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>                                                                 | P                     | QL(3 cada día);<br>AL(AI menos 18 años) |
| <i>irinotecan hcl</i>                                                                                                  | P                     | SP; PA                 | <i>ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG</i>                                           | P                     | QL(3 cada día)                          |
| <i>topotecan hcl SOLN</i>                                                                                              | P                     | SP; PA                 | <i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>                                                | P                     | QL(6 cada día)                          |
| TOPOTECAN HCL SOLN                                                                                                     | P                     | SP; PA                 | SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG ( <i>Use carbidopa-levodopa</i> )                               | NP                    |                                         |
| TOPOTECAN HCL SOLN ( <i>Use topotecan hcl</i> )                                                                        | NP                    | SP; PA                 | Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminoxidasa                                                    |                       |                                         |
| <i>topotecan hcl SOLR</i>                                                                                              | P                     | SP; PA                 | <i>selegiline hcl CAPS</i>                                                                              | P                     |                                         |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson |                       |                        | <i>selegiline hcl TABS</i>                                                                              | P                     |                                         |
| Terapia adyuvante antiparkinsoniana                                                                                    |                       |                        | MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo |                       |                                         |
| <i>carbidopa</i>                                                                                                       | P                     |                        | Medicamentos antimaníacos                                                                               |                       |                                         |
| LODOSYN ( <i>Use carbidopa</i> )                                                                                       | NP                    |                        | <i>lithium</i>                                                                                          | P                     |                                         |
| Anticolinérgicos antiparkinsonianos                                                                                    |                       |                        | <i>lithium carbonate CAPS</i>                                                                           | P                     |                                         |
| <i>benztropine mesylate TABS</i>                                                                                       | P                     |                        |                                                                                                         |                       |                                         |
| <i>trihexyphenidyl hcl TABS</i>                                                                                        | P                     |                        |                                                                                                         |                       |                                         |

| Nombre del medicamento                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites               | Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| <i>lithium carbonate TABS</i>                                             | P                     |                                      | <i>risperidone TBDP</i>                                        | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 5 años)                  |
| <i>lithium carbonate TBCR</i>                                             | P                     |                                      | Butirofenonas                                                  |                       |                                                      |
| LITHOBID TBCR (Use <i>lithium carbonate</i> )                             | P                     |                                      | HALDOL DECANOATE (Use <i>haloperidol decanoate</i> )           | NP                    |                                                      |
| Antipsicóticos - varios                                                   |                       |                                      | <i>haloperidol decanoate</i>                                   | P                     |                                                      |
| GEODON (Use <i>ziprasidone hcl</i> )                                      | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años) | <i>haloperidol lactate CONC</i>                                | P                     |                                                      |
| LATUDA (Use <i>lurasidone hcl</i> )                                       | NP                    |                                      | <i>haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>        | P                     | QL(3 cada día)                                       |
| <i>lurasidone hcl</i>                                                     | P                     |                                      | <i>haloperidol TABS 20 MG</i>                                  | P                     |                                                      |
| NUPLAZID CAPS                                                             | P                     | QL(1 cada día); PA                   | Dibenzapinas                                                   |                       |                                                      |
| NUPLAZID TABS 10 MG                                                       | P                     | QL(1 cada día); PA                   | <i>clozapine TABS</i>                                          | P                     | QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)                 |
| <i>ziprasidone hcl</i>                                                    | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años) | CLOZARIL TABS (Use <i>clozapine</i> )                          | NP                    | QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)                 |
| Benzisoxazolas                                                            |                       |                                      | <i>loxapine succinate</i>                                      | P                     | QL(4 cada día)                                       |
| ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML | P                     | SP; PA                               | <i>olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG</i>                            | P                     | QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| INVEGA HAFYERA                                                            | P                     | SP; PA                               | <i>olanzapine TABS 15 MG, 20 MG</i>                            | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| INVEGA SUSTENNA                                                           | P                     | SP; PA                               | <i>olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG</i>                           | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| INVEGA TRINZA                                                             | P                     | SP; PA                               | <i>quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG</i>                   | P                     | QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años) |
| PERSERIS PRSY                                                             | P                     | SP; PA                               | <i>quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG</i>                 | P                     | QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| RISPERDAL CONSTA (Use <i>risperidone microspheres</i> )                   | NP                    | SP; PA                               | <i>quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG</i>                 | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| RISPERDAL SOLN (Use <i>risperidone</i> )                                  | NP                    | QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años) | SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use <i>quetiapine fumarate</i> ) | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)                 |
| RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use <i>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)  |                                                                |                       |                                                      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               | Nombre del medicamento                                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG ( <i>Use quetiapine fumarate</i> ) | NP                    | QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)                 | <i>aripiprazole SOLN PO</i>                                           | P                     | QL(750 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 6 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) | <i>aripiprazole TABS</i>                                              | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                      |
| ZYPREXA RELPREVV                                                | P                     | SP; PA                                               | <i>aripiprazole TBDP</i>                                              | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                      |
| ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG ( <i>Use olanzapine</i> )             | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)                 | ARISTADA                                                              | P                     | SP; PA                                                   |
| ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG ( <i>Use olanzapine</i> )            | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)                 | ARISTADA INITIO                                                       | P                     | SP; PA                                                   |
| ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG ( <i>Use olanzapine</i> )             | NP                    | QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)                 | Tioxantenos                                                           |                       |                                                          |
| Dihidroindolonas                                                |                       |                                                      | <i>thiothixene</i>                                                    | P                     | QL(3 cada día)                                           |
| <i>molindone hcl</i>                                            | P                     | QL(4 cada día)                                       | <b>ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES</b>                                  |                       |                                                          |
| Fenotiazinas                                                    |                       |                                                      | Antisépticos y desinfectantes                                         |                       |                                                          |
| <i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>                            | P                     | QL(10 cada día)                                      | <i>formaldehyde SOLN 10 %</i>                                         | P                     | QL(90 ML por surtido al por menor)                       |
| <i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>     | P                     | QL(3 cada día)                                       | Antisépticos con cloro                                                |                       |                                                          |
| <i>fluphenazine decanoate</i>                                   | P                     |                                                      | <i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>                            | P                     | OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)                 |
| <i>fluphenazine hcl TABS</i>                                    | P                     |                                                      | <i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>                            | NP                    |                                                          |
| <i>perphenazine TABS</i>                                        | P                     | QL(4 cada día)                                       | HIBICLENS SOLN EX ( <i>Use chlorhexidine gluconate</i> )              | NP                    |                                                          |
| <i>prochlorperazine</i>                                         | P                     |                                                      | <b>ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales</b> |                       |                                                          |
| <i>prochlorperazine maleate TABS</i>                            | P                     |                                                      | Antiretrovirales                                                      |                       |                                                          |
| <i>thioridazine hcl</i>                                         | P                     | QL(3 cada día)                                       | <i>abacavir sulfate-lamivudine</i>                                    | P                     | QL(1 cada día)                                           |
| <i>trifluoperazine hcl TABS</i>                                 | P                     | QL(2 cada día)                                       | <i>abacavir sulfate SOLN</i>                                          | P                     | QL(30 ML al día)                                         |
| Derivados de quinolinonas                                       |                       |                                                      | <i>abacavir sulfate TABS</i>                                          | P                     | QL(2 cada día)                                           |
| ABILIFY MAINTENA PRSY                                           | P                     | SP; PA                                               | APTIVUS CAPS                                                          | P                     | QL(4 cada día); ST                                       |
| ABILIFY MAINTENA SRER                                           | P                     | SP; PA                                               | <i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>                                 | P                     |                                                          |
| ABILIFY TABS ( <i>Use aripiprazole</i> )                        | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)                  | <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                                       |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine)                                                         | NP                    | QL(2 cada día)         | EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine)                 | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (Use emtricitabine- rilpivirine- tenofovir disoproxil fumarate) | NP                    | QL(1 cada día)         | EPZICOM (Use abacavir sulfate-lamivudine)           | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| darunavir TABS 800 MG                                                                        | P                     | QL(1 cada día); ST     | etravirine 100 MG                                   | P                     | QL(4 cada día)                                |
| darunavir TABS 600 MG                                                                        | P                     | QL(2 cada día); ST     | etravirine 200 MG                                   | P                     | QL(2 cada día)                                |
| DELSTRIGO                                                                                    | P                     | QL(1 cada día)         | fosamprenavir calcium TABS                          | P                     | QL(4 cada día)                                |
| DESCOVY 120 MG-15 MG                                                                         | P                     | QL(1 cada día); PA     | FUZEON SOLR                                         | P                     | SP; PA                                        |
| DESCOVY 200 MG-25 MG                                                                         | P                     | QL(1 cada día); PA     | GENVOYA                                             | P                     | QL(1 cada día)                                |
| DOVATO                                                                                       | P                     |                        | INTELENCE 25 MG                                     | P                     | QL(4 cada día)                                |
| EDURANT                                                                                      | P                     | QL(1 cada día)         | INTELENCE 100 MG (Use etravirine)                   | NP                    | QL(4 cada día)                                |
| efavirenz CAPS 200 MG                                                                        | P                     | QL(1 cada día)         | INTELENCE 200 MG (Use etravirine)                   | NP                    | QL(2 cada día)                                |
| efavirenz CAPS 50 MG                                                                         | P                     | QL(2 cada día)         | ISENTRESS HD TABS                                   | P                     | QL(2 cada día)                                |
| efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate                                        | P                     | QL(1 cada día)         | ISENTRESS CHEW 25 MG                                | P                     | QL(12 cada día)                               |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate                                           | P                     | QL(1 cada día)         | ISENTRESS CHEW 100 MG                               | P                     | QL(6 cada día)                                |
| efavirenz TABS                                                                               | P                     | QL(1 cada día)         | ISENTRESS PACK                                      | P                     | QL(2 cada día)                                |
| emtricitabine CAPS                                                                           | P                     | QL(1 cada día)         | ISENTRESS TABS                                      | P                     | QL(2 cada día)                                |
| emtricitabine- rilpivirine- tenofovir disoproxil fumarate                                    | P                     | QL(1 cada día)         | JULUCA                                              | P                     | QL(1 cada día)                                |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG                                    | P                     | QL(1 cada día)         | KALETRA SOLN                                        | P                     | QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine)                                                             | NP                    | QL(1 cada día)         | KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) | NP                    | QL(6 cada día)                                |
| EMTRIVA SOLN                                                                                 | P                     | QL(24 ML al día)       | KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) | NP                    | QL(4 cada día)                                |
| EPIVIR SOLN (Use lamivudine)                                                                 | NP                    | QL(30 ML al día)       | lamivudine SOLN                                     | P                     | QL(30 ML al día)                              |
| EPIVIR TABS 150 MG (Use lamivudine)                                                          | NP                    | QL(2 cada día)         | lamivudine TABS 150 MG                              | P                     | QL(2 cada día)                                |
|                                                                                              |                       |                        | lamivudine TABS 300 MG                              | P                     | QL(1 cada día)                                |
|                                                                                              |                       |                        | lamivudine-zidovudine                               | P                     | QL(2 cada día)                                |
|                                                                                              |                       |                        | LEXIVA SUSP                                         | P                     | QL(56 ML al día)                              |
|                                                                                              |                       |                        | LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium)             | NP                    | QL(4 cada día)                                |
|                                                                                              |                       |                        | lopinavir-ritonavir SOLN                            | P                     | QL(480 ML cada 30 días de venta al por menor) |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| <i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>          | P                     | QL(4 cada día)         | SELZENTRY TABS 150 MG ( <i>Use maraviroc</i> )                                   | NP                    | QL(2 cada día)                                |
| <i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>          | P                     | QL(6 cada día)         | SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG                                                      | P                     | QL(2 cada día)                                |
| <i>maraviroc TABS 150 MG</i>                          | P                     | QL(2 cada día)         | SELZENTRY TABS 300 MG ( <i>Use maraviroc</i> )                                   | NP                    | QL(4 cada día)                                |
| <i>maraviroc TABS 300 MG</i>                          | P                     | QL(4 cada día)         | <i>stavudine CAPS</i>                                                            | P                     | QL(2 cada día)                                |
| <i>nevirapine SUSP</i>                                | P                     | QL(40 ML al día)       | STRIBILD                                                                         | P                     | QL(1 cada día)                                |
| <i>nevirapine TABS</i>                                | P                     | QL(2 cada día)         | SYMFI ( <i>Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i> )          | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| <i>nevirapine TB24 400 MG</i>                         | P                     | QL(1 cada día)         | SYMFI LO ( <i>Use efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i> )       | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| <i>nevirapine TB24 100 MG</i>                         | P                     | QL(3 cada día)         | <i>tenofovir disoproxil fumarate TABS</i>                                        | P                     | QL(1 cada día)                                |
| NORVIR CAPS                                           | P                     | QL(12 cada día)        | TIVICAY TABS 50 MG                                                               | P                     | QL(2 cada día)                                |
| NORVIR TABS ( <i>Use ritonavir</i> )                  | NP                    | QL(12 cada día)        | TRIUMEQ TABS                                                                     | P                     | QL(1 cada día);<br>AL(AI menos 18 años)       |
| ODEFSEY                                               | P                     |                        | TRIZIVIR                                                                         | P                     | QL(2 cada día)                                |
| PIFELTRO                                              | P                     | QL(1 cada día)         | TROGARZO                                                                         | P                     | SP; PA                                        |
| PREZCOBIX                                             | P                     | QL(1 cada día)         | TRUVADA 200 MG-300 MG ( <i>Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> ) | P                     | QL(1 cada día)                                |
| PREZISTA SUSP                                         | P                     | QL(12 ML al día); ST   | TYBOST                                                                           | P                     | QL(1 cada día);<br>AL(AI menos 18 años)       |
| PREZISTA TABS 75 MG                                   | P                     | QL(2 cada día); ST     | VIRACEPT TABS 625 MG                                                             | P                     | QL(4 cada día)                                |
| PREZISTA TABS 600 MG ( <i>Use darunavir</i> )         | NP                    | QL(2 cada día); ST     | VIRACEPT TABS 250 MG                                                             | P                     | QL(9 cada día)                                |
| PREZISTA TABS 800 MG ( <i>Use darunavir</i> )         | NP                    | QL(1 cada día); ST     | VIREAD POWD                                                                      | P                     | QL(240 GM cada 30 días de venta al por menor) |
| PREZISTA TABS 150 MG                                  | P                     | QL(3 cada día); ST     | VIREAD TABS ( <i>Use tenofovir disoproxil fumarate</i> )                         | NP                    | QL(1 cada día)                                |
| RETROVIR CAPS ( <i>Use zidovudine</i> )               | NP                    | QL(6 cada día)         | VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG                                               | P                     | QL(1 cada día)                                |
| RETROVIR SYRP ( <i>Use zidovudine</i> )               | NP                    | QL(60 ML al día)       | ZIAGEN SOLN ( <i>Use abacavir sulfate</i> )                                      | NP                    | QL(30 ML al día)                              |
| REYATAZ CAPS 200 MG ( <i>Use atazanavir sulfate</i> ) | NP                    | QL(2 cada día)         | ZIAGEN TABS ( <i>Use abacavir sulfate</i> )                                      | NP                    | QL(2 cada día)                                |
| REYATAZ CAPS 300 MG ( <i>Use atazanavir sulfate</i> ) | NP                    |                        |                                                                                  |                       |                                               |
| REYATAZ PACK                                          | P                     | QL(6 cada día)         |                                                                                  |                       |                                               |
| <i>ritonavir TABS</i>                                 | P                     | QL(12 cada día)        |                                                                                  |                       |                                               |
| RUKOBIA                                               | P                     | PA                     |                                                                                  |                       |                                               |
| SELZENTRY SOLN                                        | P                     | QL(35 ML al día)       |                                                                                  |                       |                                               |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        | Nombre del medicamento                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                                            |
|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>zidovudine CAPS</i>                        | P                     | QL(6 cada día)                                | <i>valacyclovir hcl 1 GM</i>                                         | P                     | QL(42 cada 21 días de venta al por menor)                                                         |
| <i>zidovudine SYRP</i>                        | P                     | QL(60 ML al día)                              | <i>valacyclovir hcl 500 MG</i>                                       | P                     | QL(2 cada día)                                                                                    |
| <i>zidovudine TABS</i>                        | P                     | QL(2 cada día)                                | VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i> )                        | NP                    | QL(2 cada día)                                                                                    |
| Combinaciones antivirales                     |                       |                                               | VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i> )                          | NP                    | QL(42 cada 21 días de venta al por menor)                                                         |
| PAXLOVID (150/100)                            | P                     |                                               | Medicamentos contra la gripe                                         |                       |                                                                                                   |
| PAXLOVID (300/100)                            | P                     |                                               | <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     |
| Medicamentos contra el CMV                    |                       |                                               | <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     |
| LIVTENCITY                                    | P                     | SP; PA                                        | <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 |
| PREVYMIS SOLN                                 | P                     | SP; PA                                        | RELENZA DISKHALER                                                    | P                     | QL(20 por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)                                              |
| PREVYMIS TABS                                 | P                     | QL(1 cada día); SP; PA                        | 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     |
| VALCYTE TABS (Use <i>valganciclovir hcl</i> ) | NP                    | QL(2 cada día)                                | 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     |
| <i>valganciclovir hcl TABS</i>                | P                     | QL(2 cada día)                                | 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 |
| Medicamentos contra la hepatitis              |                       |                                               | BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial |                       |                                                                                                   |
| MAVYRET PACK                                  | P                     | QL(6 cada día); SP; PA                        | Alfa-Beta bloqueadores                                               |                       |                                                                                                   |
| MAVYRET TABS                                  | P                     | QL(3 cada día); SP; PA                        | <i>carvedilol 25 MG</i>                                              | P                     | QL(4 cada día)                                                                                    |
| 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-VELPATASVIR 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 PO 400 MG</i>               | P                     | QL(3 cada día)                                |                                                                      |                       |                                                                                                   |
| <i>acyclovir TABS PO 800 MG</i>               | P                     | QL(50 cada 30 días de venta al por menor)     |                                                                      |                       |                                                                                                   |
| <i>famciclovir</i>                            | P                     |                                               |                                                                      |                       |                                                                                                   |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <i>carvedilol</i> 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG               | P                     | QL(3 cada día)         | TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG ( <i>Use metoprolol succinate</i> )                   | NP                    | QL(4 cada día)         |
| <i>carvedilol phosphate</i>                                | P                     | QL(1 cada día)         | Betabloqueadores no selectivos                                                            |                       |                        |
| COREG 25 MG ( <i>Use carvedilol</i> )                      | NP                    | QL(4 cada día)         | BETAPACE AF ( <i>Use sotalol hcl (afib/af)</i> )                                          | NP                    | QL(2 cada día)         |
| COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG ( <i>Use carvedilol</i> ) | NP                    | QL(3 cada día)         | BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG ( <i>Use sotalol hcl</i> )                            | NP                    | QL(2 cada día)         |
| COREG CR ( <i>Use carvedilol phosphate</i> )               | NP                    | QL(1 cada día)         | CORGARD TABS 20 MG, 40 MG ( <i>Use nadolol</i> )                                          | NP                    | QL(2 cada día)         |
| <i>labetalol hcl</i> TABS 300 MG                           | P                     | QL(8 cada día)         | INDERAL LA CP24 ( <i>Use propranolol hcl</i> )                                            | NP                    | QL(2 cada día)         |
| <i>labetalol hcl</i> TABS 200 MG, 400 MG                   | P                     | QL(6 cada día)         | <i>nadolol</i> TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG                                                   | P                     | QL(2 cada día)         |
| <i>labetalol hcl</i> TABS 100 MG                           | P                     | QL(3 cada día)         | <i>pindolol</i> TABS                                                                      | P                     |                        |
| Betabloqueadores cardio-selectivos                         |                       |                        | <i>propranolol hcl</i> CP24                                                               | P                     | QL(2 cada día)         |
| <i>acebutolol hcl</i> CAPS                                 | P                     |                        | <i>propranolol hcl</i> SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML                                       | P                     |                        |
| <i>atenolol</i> TABS                                       | P                     | QL(2 cada día)         | <i>propranolol hcl</i> TABS                                                               | P                     |                        |
| <i>bisoprolol fumarate</i>                                 | P                     | QL(1 cada día)         | <i>sotalol hcl (afib/af)</i>                                                              | P                     | QL(2 cada día)         |
| LOPRESSOR TABS 100 MG ( <i>Use metoprolol tartrate</i> )   | NP                    | QL(4.5 cada día)       | <i>sotalol hcl</i> TABS 240 MG                                                            | P                     |                        |
| LOPRESSOR TABS 50 MG ( <i>Use metoprolol tartrate</i> )    | NP                    | QL(4 cada día)         | <i>sotalol hcl</i> TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG                                             | P                     | QL(2 cada día)         |
| <i>metoprolol succinate</i> TB24 200 MG                    | P                     | QL(2 cada día)         | <i>timolol maleate</i> TABS                                                               | P                     |                        |
| <i>metoprolol succinate</i> TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG      | P                     | QL(4 cada día)         | BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial |                       |                        |
| <i>metoprolol tartrate</i> TABS 25 MG, 50 MG               | P                     | QL(4 cada día)         | Bloqueadores de los canales de calcio                                                     |                       |                        |
| <i>metoprolol tartrate</i> TABS 100 MG                     | P                     | QL(4.5 cada día)       | <i>amlodipine besylate</i> TABS                                                           | P                     | QL(1 cada día)         |
| TENORMIN TABS ( <i>Use atenolol</i> )                      | NP                    | QL(2 cada día)         | CARDIZEM CD CP24 240 MG ( <i>Use diltiazem hcl coated beads</i> )                         | NP                    | QL(2 cada día)         |
| TOPROL XL TB24 200 MG ( <i>Use metoprolol succinate</i> )  | NP                    | QL(2 cada día)         | CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG ( <i>Use diltiazem hcl coated beads</i> )         | NP                    | QL(1 cada día)         |
|                                                            |                       |                        | CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG ( <i>Use diltiazem hcl</i> )                           | NP                    | QL(3 cada día)         |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG</i>                                     | P                     | QL(1 cada día)      | <i>verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG</i>                                                                      | P                     | QL(2 cada día)      |
| <i>diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG</i>                                                     | P                     | QL(2 cada día)      | <i>verapamil hcl TABS</i>                                                                                     | P                     | QL(3 cada día)      |
| <i>diltiazem hcl extended release beads 240 MG</i>                                                | P                     | QL(2 cada día)      | <i>verapamil hcl TBCR</i>                                                                                     | P                     | 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)      | VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG ( <i>Use verapamil hcl</i> )                                                   | NP                    | QL(2 cada día)      |
| <i>diltiazem hcl CP12</i>                                                                         | P                     | QL(2 cada día)      | VERELAN PM CP24 300 MG ( <i>Use verapamil hcl</i> )                                                           | NP                    | QL(1 cada día)      |
| <i>diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG</i>                                                          | P                     | QL(1 cada día)      | VERELAN CP24 ( <i>Use verapamil hcl</i> )                                                                     | NP                    | QL(1 cada día)      |
| <i>diltiazem hcl CP24 240 MG</i>                                                                  | P                     | QL(2 cada día)      | <b>CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal</b>         |                       |                     |
| <i>diltiazem hcl TABS</i>                                                                         | P                     | QL(3 cada día)      | Glucósidos cardíacos                                                                                          |                       |                     |
| <i>felodipine</i>                                                                                 | P                     | QL(1 cada día)      | <i>digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML</i>                                                                             | P                     |                     |
| <i>nicardipine hcl CAPS</i>                                                                       | P                     |                     | <i>digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG</i>                                                                          | P                     |                     |
| <i>nifedipine CAPS</i>                                                                            | P                     | QL(4 cada día)      | LANOXIN SOLN IJ ( <i>Use digoxin</i> )                                                                        | P                     |                     |
| <i>nifedipine TB24 30 MG, 90 MG</i>                                                               | P                     | QL(1 cada día)      | LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG ( <i>Use digoxin</i> )                                                          | P                     |                     |
| <i>nifedipine TB24 60 MG</i>                                                                      | P                     | QL(2 cada día)      | <b>MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias</b> |                       |                     |
| NORVASC TABS ( <i>Use amlodipine besylate</i> )                                                   | NP                    | QL(1 cada día)      | Inhibidores de la miosina cardíaca                                                                            |                       |                     |
| PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG ( <i>Use nifedipine</i> )                                          | NP                    | QL(1 cada día)      | CAMZYOS                                                                                                       | P                     | SP; PA              |
| PROCARDIA XL TB24 60 MG ( <i>Use nifedipine</i> )                                                 | NP                    | QL(2 cada día)      | Medicamentos contra la impotencia                                                                             |                       |                     |
| TIAZAC 240 MG ( <i>Use diltiazem hcl extended release beads</i> )                                 | NP                    | QL(2 cada día)      | BI-MIX SOLR                                                                                                   | P                     | PA                  |
| TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG ( <i>Use diltiazem hcl extended release beads</i> ) | NP                    | QL(1 cada día)      | IFE-BIMIX 30/1 SOLN                                                                                           | P                     | PA                  |
| VERAPAMIL HCL ER CP24 ( <i>Use verapamil hcl</i> )                                                | NP                    | QL(2 cada día)      | SUPER BI-MIX SOLR                                                                                             | P                     | PA                  |
| <i>verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>                                  | P                     | QL(1 cada día)      | SUPER TRI-MIX SOLR                                                                                            | P                     | SP; PA              |
|                                                                                                   |                       |                     | TRI-MIX SOLR                                                                                                  | P                     | SP; PA              |
|                                                                                                   |                       |                     | Vasodilatadores prostaglandínicos                                                                             |                       |                     |
|                                                                                                   |                       |                     | <i>epoprostenol sodium</i>                                                                                    | P                     | SP; PA              |
|                                                                                                   |                       |                     | FLOLAN ( <i>Use epoprostenol sodium</i> )                                                                     | NP                    | SP; PA              |
|                                                                                                   |                       |                     | ORENITRAM TBCR                                                                                                | P                     | SP; PA              |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|
| TYVASO REFILL KIT SOLN IN                                               | P                     | SP; PA                 | <i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS</i>                               | P                     | SP; PA                                                 |
| TYVASO STARTER KIT SOLN IN                                              | P                     | SP; PA                 | Hipertensión pulmonar - agonistas de los receptores de prostaciclina         |                       |                                                        |
| TYVASO SOLN IN                                                          | P                     | SP; PA                 | UPTRAVI TITRATION TBPK                                                       | P                     | SP; PA                                                 |
| VELETRI (Use <i>epoprostenol sodium</i> )                               | NP                    | SP; PA                 | UPTRAVI SOLR                                                                 | P                     | SP; PA                                                 |
| VENTAVIS IN                                                             | P                     | SP; PA                 | UPTRAVI TABS                                                                 | P                     | SP; PA                                                 |
| Hipertensión pulmonar - antagonistas de los receptores de la endotelina |                       |                        | Hipertensión pulmonar - estimuladores de la guanilato ciclasa soluble        |                       |                                                        |
| <i>ambrisentan</i>                                                      | P                     | QL(1 cada día); SP; PA | ADEMPAS                                                                      | P                     | SP; PA                                                 |
| <i>bosentan TABS</i>                                                    | P                     | SP; PA                 | Estabilizadores de la transtiretina                                          |                       |                                                        |
| LETAIRIS (Use <i>ambrisentan</i> )                                      | NP                    | QL(1 cada día); SP; PA | VYNDAMAX                                                                     | P                     | QL(1 cada día); SP; PA                                 |
| TRACLEER TABS (Use <i>bosentan</i> )                                    | NP                    | SP; PA                 | VYNDAQEL                                                                     | P                     | QL(4 cada día); SP; PA                                 |
| TRACLEER TBSO                                                           | P                     | SP; PA                 | CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas |                       |                                                        |
| Hipertensión pulmonar - inhibidores de la fosfodiesterasa               |                       |                        | Cefalosporinas de primera generación                                         |                       |                                                        |
| ADCIRCA TABS (Use <i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> )           | NP                    | SP; PA                 | <i>cefadroxil CAPS</i>                                                       | P                     |                                                        |
| REVATIO SOLN (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )  | NP                    | SP; PA                 | <i>cefadroxil SUSR</i>                                                       | P                     |                                                        |
| REVATIO SUSR (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )  | NP                    | SP; PA                 | <i>cefadroxil TABS</i>                                                       | P                     |                                                        |
| REVATIO TABS (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> )  | NP                    | SP; PA                 | <i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>                                        | P                     |                                                        |
| <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN</i>                 | P                     | SP; PA                 | <i>cephalexin SUSR</i>                                                       | P                     |                                                        |
| <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR</i>                 | P                     | SP; PA                 | Cefalosporinas de segunda generación                                         |                       |                                                        |
| <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>                 | P                     | SP; PA                 | <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                                         |                       |                                                        |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites              | Nombre del medicamento                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                   |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| <i>cefdinir CAPS</i>                                                 | P                     | QL(20 por surtido al por menor)     | MIRCETTE (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i> )                  | NP                    |                                          |
| <i>cefdinir SUSR</i>                                                 | P                     | QL(100 ML por surtido al por menor) | <i>norethin acet &amp; estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i> | P                     |                                          |
| <i>cefixime CAPS</i>                                                 | P                     |                                     | <i>norethindrone &amp; eth estradiol</i>                                         | P                     |                                          |
| <i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>                    | P                     | QL(3 por surtido al por menor)      | <i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe</i>                                  | P                     |                                          |
| SUPRAX CAPS (Use <i>cefixime</i> )                                   | NP                    |                                     | <i>norethindrone acet &amp; eth estra TABS</i>                                   | P                     |                                          |
| <b>PRODUCTOS QUÍMICOS</b>                                            |                       |                                     | <i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>                                | P                     |                                          |
| Productos químicos a granel - O's                                    |                       |                                     | <i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>                                   | P                     |                                          |
| OMEPRAZOLE                                                           | P                     | PA                                  | <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>                                            | P                     |                                          |
| Productos químicos a granel - P's                                    |                       |                                     | <i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>                                | P                     |                                          |
| PROMETHAZINE HCL POWD                                                | P                     | PA                                  | <i>norgestrel &amp; ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG</i>                          | P                     | QL(2 cada día)                           |
| <b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>      |                       |                                     | QUARTETTE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i> )                | NF                    |                                          |
| Anticonceptivos combinados - Orales                                  |                       |                                     | SEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i> )               | NP                    | QL(91 por surtido al por menor)          |
| <i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol</i>                           | P                     |                                     | TYBLUME CHEW                                                                     | P                     |                                          |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>                      | P                     |                                     | YASMIN 28 (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )                           | NP                    | QL(1 cada día)                           |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>                     | P                     |                                     | YAZ (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )                                 | NP                    | QL(1 cada día)                           |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>                                | P                     | QL(1 cada día)                      | <b>Anticonceptivos combinados - transdérmicos</b>                                |                       |                                          |
| <i>ethynodiol diacet &amp; eth estrad</i>                            | P                     | QL(1 cada día)                      | <i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>                                          | P                     | QL(3 cada 28 días de venta al por menor) |
| GENERESS FE (Use <i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe</i> )   | NP                    |                                     | <b>Anticonceptivos combinados - vaginales</b>                                    |                       |                                          |
| <i>levonorgestrel &amp; eth estradiol TABS</i>                       | P                     |                                     | <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>                                            | P                     | QL(1 por surtido al por menor)           |
| <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                    |                                     |                                                                                  |                       |                                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                    | Nombre del medicamento                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)                                                       | NP                    | QL(1 por surtido al por menor)            | deflazacort SUSP                                                       | P                     | SP; PA                                        |
| Anticonceptivos de emergencia                                                                       |                       |                                           | deflazacort TABS                                                       | P                     | SP; PA                                        |
| ELLA                                                                                                | P                     | QL(4 cada 365 días de venta al por menor) | 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) |
| levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG                                                                | P                     | QL(1 cada 21 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) |
| PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc))                                                 | NP                    | QL(1 cada 21 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) |
| Anticonceptivos de progestina - inyectables                                                         |                       |                                           | dexamethasone ELIX                                                     | P                     |                                               |
| DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))                              | NP                    | QL(1 ML por surtido al por menor)         | dexamethasone SOLN                                                     | P                     |                                               |
| DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))                              | NP                    | QL(1 ML por surtido al por menor)         | dexamethasone TABS                                                     | P                     |                                               |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC                                                                       | P                     | QL(1 ML por surtido al por menor)         | EMFLAZA SUSP (Use deflazacort)                                         | NP                    | SP; PA                                        |
| medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM                                                 | P                     | QL(1 ML por surtido al por menor)         | EMFLAZA TABS (Use deflazacort)                                         | NP                    | SP; PA                                        |
| medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM                                                 | P                     | QL(1 ML por surtido al por menor)         | hydrocortisone TABS                                                    | P                     |                                               |
| Anticonceptivos de progestina - orales                                                              |                       |                                           | MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone)                        | NP                    |                                               |
| norethindrone (contraceptive)                                                                       | P                     |                                           | MEDROL TBPK (Use methylprednisolone)                                   | NP                    |                                               |
| OPILL                                                                                               | P                     |                                           | methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG                                     | P                     |                                               |
| OPILL                                                                                               | NP                    |                                           | methylprednisolone TBPK                                                | P                     |                                               |
| <b>CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica</b> |                       |                                           | PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate)                     | NP                    |                                               |
| Glucocorticosteroides                                                                               |                       |                                           | prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML                           | P                     | QL(150 ML por surtido al por menor)           |
| CORTEF TABS (Use hydrocortisone)                                                                    | NP                    |                                           | prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML                 | P                     |                                               |
| CORTISONE ACETATE TABS                                                                              | P                     |                                           | prednisolone SOLN                                                      | P                     |                                               |
|                                                                                                     |                       |                                           | prednisolone TABS                                                      | P                     |                                               |
|                                                                                                     |                       |                                           | PREDNISONE INTENSOL CONC                                               | P                     |                                               |
|                                                                                                     |                       |                                           | prednisone SOLN                                                        | P                     |                                               |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

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

| Nombre del medicamento                                                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD ( <i>Use dextromethorphan hbr</i> )                                       | NP                    | OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)  |
| <b>Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias</b>                                              |                       |                                                                       |
| ADVIL COLD/SINUS TABS ( <i>Use pseudoephedrine-ibuprofen</i> )                                             | NP                    | OTC; AL(Hasta 21 años)                                                |
| <i>brompheniramine &amp; phenyleph ELIX</i>                                                                | P                     | OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) |
| <i>brompheniramine &amp; pseudoeph ELIX</i>                                                                | P                     | OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) |
| <i>brompheniramine &amp; pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML</i>                                             | P                     | OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) |
| <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>                                                                          | P                     | AL(Hasta 21 años)                                                     |
| CLARITIN-D 12 HOUR TB12 ( <i>Use loratadine &amp; pseudoephedrine</i> )                                    | NP                    | OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)                                |
| CLARITIN-D 24 HOUR TB24 ( <i>Use loratadine &amp; pseudoephedrine</i> )                                    | NP                    | OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)                                |
| COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD                                                                         | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                                |
| <i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>                                                      | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                                |
| <i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>                                              | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)           |
| <i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML</i> | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                                |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                               | Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                          |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <i>pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML</i>           | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)          | <i>guaifenesin LIQD</i>                                                      | P                     | QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) |
| <i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>                   | P                     | QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)                  | <i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>                                              | P                     | OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)                          |
| <i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>                                  | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                               | <i>guaifenesin TB12 600 MG</i>                                               | P                     | QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)    |
| PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS                                          | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                               | MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i> )                      | NP                    | OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)                          |
| PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS                                         | P                     | OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)             | MUCINEX TB12 (Use <i>guaifenesin</i> )                                       | NP                    | QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)    |
| QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP                                    | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)          | Inhalantes respiratorios - varios                                            |                       |                                                                 |
| SCOT-TUSSIN DM LIQD                                                    | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)          | <i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>                                       | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)                        |
| SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD                                                | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                               | <i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>                      | P                     |                                                                 |
| TRIAMINIC COLD/COUGH DAY TIME SYRP                                     | P                     | OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)          | Mucolíticos                                                                  |                       |                                                                 |
| WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML                      | P                     | OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) | <i>acetylcysteine SOLN</i>                                                   | P                     |                                                                 |
| ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> ) | NP                    | AL(Hasta 21 años)                                                    | DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel |                       |                                                                 |
| ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> )      | NP                    | AL(Hasta 21 años)                                                    | Productos contra el acné                                                     |                       |                                                                 |
| Expectorantes                                                          |                       |                                                                      | ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i> )               | NP                    | QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA                        |
| GERI-TUSSIN SYRP                                                       | P                     | OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) | BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use <i>benzoyl peroxide</i> )                       | NP                    | RX/OTC                                                          |
|                                                                        |                       |                                                                      | <i>benzoyl peroxide BAR</i>                                                  | P                     |                                                                 |
|                                                                        |                       |                                                                      | <i>benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %</i>                                 | P                     |                                                                 |
|                                                                        |                       |                                                                      | <i>benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %</i>                                  | P                     |                                                                 |
|                                                                        |                       |                                                                      | <i>benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 %</i>                                       | P                     | OTC                                                             |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                | Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) | NP                    |                                                       | tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %                               | P                     | QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años) |
| CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical))  | NP                    | QL(60 ML por surtido al por menor)                    | tretinoin GEL 0.01 %                                                | P                     | QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años) |
| clindamycin phosphate (topical) GEL                  | P                     | QL(60 ML por surtido al por menor)                    | tretinoin GEL 0.025 %                                               | P                     | AL(Hasta 35 años)                                     |
| clindamycin phosphate (topical) LOTN                 | P                     |                                                       | Antibióticos tópicos                                                |                       |                                                       |
| clindamycin phosphate (topical) SOLN                 | P                     |                                                       | bacitracin (topical) OINT                                           | P                     | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)               |
| DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide)        | NP                    | RX/OTC                                                | bacitracin zinc OINT                                                | P                     | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)               |
| ERYGEL GEL (Use erythromycin (acne aid))             | NP                    | QL(60 GM por surtido al por menor)                    | gentamicin sulfate (topical) CREA                                   | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                    |
| erythromycin (acne aid) GEL                          | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                    | gentamicin sulfate (topical) OINT                                   | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                    |
| erythromycin (acne aid) SOLN                         | P                     |                                                       | mupirocin calcium (topical)                                         | P                     | QL(30 GM por surtido al por menor)                    |
| isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG              | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA              | mupirocin OINT                                                      | P                     |                                                       |
| KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne))             | NP                    |                                                       | neomycin-bacitracin-polymyxin OINT                                  | P                     | OTC; QL(454 GM por surtido al por menor)              |
| RETIN-A CREA (Use tretinoin)                         | NP                    | QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años) | neomycin-polymyxin w/ pramoxine                                     | P                     | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)               |
| RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin)                  | NP                    | AL(Hasta 35 años)                                     | NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin)         | NP                    | OTC; QL(454 por surtido al por menor)                 |
| RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin)                   | NP                    | QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años) | NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) | NP                    | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)               |
| sulfacetamide sodium (acne)                          | P                     |                                                       | Antifúngicos tópicos                                                |                       |                                                       |
| sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %         | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                    | clotrimazole (topical) CREA                                         | P                     | QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC            |
| sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %         | P                     |                                                       | clotrimazole (topical) SOLN                                         | P                     | QL(60 ML por surtido al por menor); RX/OTC            |
|                                                      |                       |                                                       | clotrimazole w/ betamethasone CREA                                  | P                     | QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| <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 ATHLETES FOOT CREA ( <i>Use terbinafine hcl (topical)</i> ) | NP                    | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |
| LAMISIL AT JOCK ITCH CREA ( <i>Use terbinafine hcl (topical)</i> )     | NP                    | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |
| LAMISIL AT CREA ( <i>Use terbinafine hcl (topical)</i> )               | NP                    | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |
| LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA ( <i>Use clotrimazole (topical)</i> )       | NP                    | QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC   |
| LOTRIMIN AF CREA ( <i>Use clotrimazole (topical)</i> )                 | NP                    | QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC   |
| <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)           |
| <i>terbinafine hcl (topical) CREA</i>                                  | P                     | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |
| TINACTIN CREA ( <i>Use tolnaftate</i> )                                | NP                    | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |
| <i>tolnaftate CREA</i>                                                 | P                     | OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)      |

| Nombre del medicamento                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 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 ( <i>Use 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 ( <i>Use 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 ( <i>Use bexarotene (topical)</i> )                             | NP                    | SP; PA                                                                         |
| VALCHLOR                                                                  | P                     | SP; PA                                                                         |
| Antipruriginosos - tópicos                                                |                       |                                                                                |
| <i>camphor &amp; menthol LOTN</i>                                         | P                     | OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)                                       |
| SARNA LOTN ( <i>Use camphor &amp; 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)                                             |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                | Nombre del medicamento                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| ILUMYA                                         | P                     | SP; PA                                | OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium)           | NP                    | QL(120 ML por surtido al por menor)          |
| OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML           | P                     | SP; PA                                | OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium)                | NP                    | QL(120 ML por surtido al por menor)          |
| PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML                 | NP                    | SP                                    | selenium sulfide LOTN 2.5 %                               | P                     |                                              |
| PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML                 | P                     | SP; PA                                | selenium sulfide LOTN 1 %                                 | P                     | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML         | P                     | SP; PA                                | selenium sulfide SHAM 1 %                                 | P                     | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| SKYRIZI PEN SOAJ                               | P                     | SP; ST; PA                            | SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide) | NP                    | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| SKYRIZI SOSY                                   | P                     | SP; PA                                | SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)             | NP                    | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| STELARA SOSY                                   | P                     | SP; PA                                | SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide)         | NP                    | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| STEQEYMA                                       | P                     | SP; PA                                | SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide)      | NP                    | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| TALTZ SOAJ                                     | P                     | SP; PA                                | SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide)                   | NP                    | OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)     |
| TALTZ SOSY                                     | P                     | SP; PA                                | sulfacetamide sodium LIQD                                 | P                     | QL(120 ML por surtido al por menor)          |
| tazarotene CREA                                | P                     | QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)    | Antivirales - tópicos                                     |                       |                                              |
| tazarotene GEL                                 | P                     | QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años) | acyclovir topical CREA                                    | P                     | QL(5 GM por surtido al por menor)            |
| TAZORAC CREA (Use tazarotene)                  | NP                    | QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)    | acyclovir topical OINT                                    | P                     | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor) |
| TAZORAC GEL (Use tazarotene)                   | NP                    | QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años) | ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical)                      | NP                    | QL(5 GM por surtido al por menor)            |
| TREMFYA ONE-PRESS SOAJ 100 MG/ML               | P                     | SP; PA                                | ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical)                      | NP                    | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor) |
| TREMFYA PEN SOAJ 100 MG/ML                     | P                     | SP; PA                                | Productos para quemaduras                                 |                       |                                              |
| TREMFYA SOSY 100 MG/ML                         | P                     | SP; PA                                | SILVADENE (Use silver sulfadiazine)                       | NP                    |                                              |
| USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML | P                     | SP; PA                                | silver sulfadiazine                                       | P                     |                                              |
| USTEKINUMAB SOSY 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML         | P                     | SP; PA                                |                                                           |                       |                                              |
| USTEKINUMAB-TTWE                               | NP                    | SP                                    |                                                           |                       |                                              |
| YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML                      | P                     | SP; PA                                |                                                           |                       |                                              |
| YESINTEK SOSY                                  | P                     | SP; PA                                |                                                           |                       |                                              |
| Productos antiseborreicos                      |                       |                                       |                                                           |                       |                                              |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       | Nombre del medicamento                            | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                            |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Corticosteroides - tópicos                                     |                       |                                              | <i>fluocinonide emulsified base</i>               | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                                                |
| <i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i>               | P                     | 1 paquete cada 30 días de venta al por menor | <i>fluocinonide CREA 0.05 %</i>                   | P                     | QL(150 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor |
| <i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>               | P                     | QL(50 GM por surtido al por menor)           | <i>fluocinonide GEL</i>                           | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                                                |
| <i>betamethasone valerate CREA</i>                             | P                     |                                              | <i>fluocinonide OINT</i>                          | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)                                                |
| <i>betamethasone valerate LOTN</i>                             | P                     |                                              | <i>fluocinonide SOLN</i>                          | P                     | QL(60 ML por surtido al por menor)                                                |
| <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 COMPLETE KIT THPK                | NP                    |                                                                                   |
| <i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>                        | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)           | <i>hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %</i>        | P                     | OTC                                                                               |
| <i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>                       | P                     | QL(60 GM por surtido al por menor)           | <i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %</i>        | P                     |                                                                                   |
| <i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>                       | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor)           | <i>hydrocortisone (topical) CREA 1 %</i>          | P                     | QL(454 GM por surtido al por menor); RX/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 1 %</i>          | P                     | QL(453.6 GM por surtido al por menor)                                             |
| <i>desonide CREA</i>                                           | P                     |                                              | <i>hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %</i>        | P                     | QL(120 ML 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 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i> ) | NP                    | QL(2 GM al día)                                                                   |
| <i>fluocinolone acetonide OIL</i>                              | P                     | QL(118.28 ML por surtido al por menor)       |                                                   |                       |                                                                                   |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

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

| Nombre del medicamento                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                 |
|------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ELIDEL (Use pimecrolimus)                            | NP                    | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA  |
| pimecrolimus                                         | P                     | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA  |
| tacrolimus (topical) OINT 0.03 %                     | P                     | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA  |
| tacrolimus (topical) OINT 0.1 %                      | P                     | QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA |
| Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/vesicantes |                       |                                                                        |
| DERMAREST PSORIASIS GEL                              | P                     | OTC                                                                    |
| KERALYT GEL (Use salicylic acid)                     | NP                    |                                                                        |
| KERALYT GEL                                          | P                     | OTC                                                                    |
| podofilox SOLN                                       | P                     |                                                                        |
| salicylic acid GEL 6 %                               | P                     |                                                                        |
| Anestésicos locales tópicos                          |                       |                                                                        |
| capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %                      | P                     | OTC; QL(60 GM por surtido al por menor)                                |
| capsaicin CREA 0.035 %                               | P                     | OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)                              |
| capsaicin CREA 0.1 %                                 | 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 0.035 % (Use capsaicin)              | NP                    | OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)                              |

| Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                              |
|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 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(Al menos 21 años)                                                                |
| <i>lidocaine CREA 4 %</i>           | P                     | OTC; QL(2 GM al día)                                                                |
| <i>lidocaine OINT 5 %</i>           | P                     | QL(100 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor   |
| <i>lidocaine-prilocaine CREA</i>    | P                     | QL(30 GM por surtido al por menor)                                                  |
| LMX 4 CREA (Use <i>lidocaine</i> )  | NP                    | OTC; QL(2 GM al día)                                                                |
| Medicamentos de uso tópico - varios |                       |                                                                                     |
| CVS LANOLIN CREA                    | P                     | OTC                                                                                 |
| DRYSOL SOLN                         | P                     |                                                                                     |
| <i>lanolin (topical) CREA</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 LOTN        | NP                    |                                                                                     |

| Nombre del medicamento                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO                      | P                     | OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)                             |
| 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 (Use <i>metronidazole (topical)</i> )  | NP                    |                                                                                                                 |
| METROLOTION LOTN (Use <i>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)                                                                             |
| ELIMITE CREA (Use <i>permethrin</i> )                  | NP                    | QL(360 GM por surtido al por menor)                                                                             |
| LICEMD GEL                                             | P                     | OTC                                                                                                             |
| <i>malathion</i>                                       | P                     | QL(59 ML por surtido al por menor)                                                                              |
| NATROBA (Use <i>spinosad</i> )                         | NP                    | Límite mínimo de edad = 6 meses; QL(120 ML por surtido al por menor; 240 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i> )       | NP                    | OTC                                                                                                             |
| OVIDE (Use <i>malathion</i> )                          | NP                    | QL(59 ML por surtido al por menor)                                                                              |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                                                          | Nombre del medicamento                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites         |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <i>permethrin CREA</i>                                                       | P                     | QL(360 GM por surtido al por menor)                                                                             | MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+           | P                     | PA                             |
| <i>permethrin LIQD EX</i>                                                    | P                     | OTC                                                                                                             | NOVACHOR                                 | P                     | PA                             |
| <i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %</i>              | P                     | OTC                                                                                                             | OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED           | P                     | PA                             |
| <i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i> | P                     | OTC                                                                                                             | OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED           | P                     | PA                             |
| <i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %</i>                         | P                     | OTC                                                                                                             | OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS              | P                     | PA                             |
| SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM                                                      | P                     | OTC; QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)                                                                | PROTEXT SUSP                             | P                     | PA                             |
| <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) | PURAPLY                                  | P                     | PA                             |
| STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %                                   | P                     | OTC                                                                                                             | <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO</b>          |                       |                                |
| Productos derivados del alquitrán                                            |                       |                                                                                                                 | Medicamentos para diagnóstico            |                       |                                |
| <i>coal tar extract SHAM 0.5 %</i>                                           | P                     | OTC                                                                                                             | CORTROSYN SOLR (Use <i>cosyntropin</i> ) | NP                    | SP; PA                         |
| DHS TAR GEL SHAM (Use <i>coal tar extract</i> )                              | NP                    | OTC                                                                                                             | <i>cosyntropin SOLR</i>                  | P                     | SP; PA                         |
| DHS TAR SHAM (Use <i>coal tar extract</i> )                                  | NP                    | OTC                                                                                                             | THYROGEN 0.9 MG                          | P                     | SP; PA                         |
| Productos para el cuidado de heridas                                         |                       |                                                                                                                 | Análisis de diagnóstico                  |                       |                                |
| AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET                                    | P                     | SP; PA                                                                                                          | ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP                | NP                    | RX/OTC                         |
| APLIGRAF DISK                                                                | P                     | PA                                                                                                              | ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT          | NP                    |                                |
| CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML                                                     | P                     | PA                                                                                                              | BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT       | P                     | QL(2 por surtido al por menor) |
| EPICORD SHEE                                                                 | P                     | PA                                                                                                              | BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP       | NP                    | RX/OTC                         |
| MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT                                                | P                     | PA                                                                                                              | BLULINK GLUCOSE TEST STRP                | NP                    | RX/OTC                         |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CARESENS N GLUCOSE TEST STRP             | NP                    | RX/OTC                         |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT         | P                     | QL(2 por surtido al por menor) |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CARETOUCH TEST STRP                      | NP                    | RX/OTC                         |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CHEMSTRIP K STRP                         | P                     | OTC; QL(6.67 cada día)         |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT         | P                     | QL(2 por surtido al por menor) |
|                                                                              |                       |                                                                                                                 | CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT        | NP                    |                                |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites         | Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                   |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| CONTOUR PLUS TEST STRP             | NP                    | RX/OTC                         | GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP    | NP                    | RX/OTC                                   |
| COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT  | NP                    |                                | GOJJI BLOOD KETONE TEST             | P                     | OTC; QL(1 cada día)                      |
| COVID-19 AT-HOME TEST KIT          | P                     | QL(2 por surtido al por menor) | GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT  | NP                    |                                          |
| COVID-19 AT-HOME TEST KIT          | NP                    |                                | IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP | NP                    | RX/OTC                                   |
| CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT  | NP                    |                                | IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT     | P                     | QL(2 por surtido al por menor)           |
| CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP  | NP                    | RX/OTC                         | INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT    | NP                    |                                          |
| EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP   | NP                    | RX/OTC                         | INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT  | P                     | QL(2 por surtido al por menor)           |
| EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP | NP                    | RX/OTC                         | KETONE TEST STRP                    | P                     | OTC; QL(6.67 cada día)                   |
| EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP  | NP                    | RX/OTC                         | KETOSTIX STRP                       | P                     | OTC; QL(6.67 cada día)                   |
| EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP     | NP                    | RX/OTC                         | MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP        | NP                    | RX/OTC                                   |
| ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT      | P                     | QL(2 por surtido al por menor) | NOVA MAX PLUS KETONE TEST           | P                     | OTC; QL(1 cada día)                      |
| EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP      | NP                    | RX/OTC                         | OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT  | NP                    |                                          |
| EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP    | NP                    | RX/OTC                         | ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT     | P                     | QL(2 por surtido al por menor)           |
| FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT   | NP                    |                                | ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT    | NP                    |                                          |
| FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT | P                     | QL(2 por surtido al por menor) | ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP       | P                     | Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC |
| FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP      | NP                    | RX/OTC                         | ONETOUCH ULTRA TEST STRP            | P                     | Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC |
| FORA GTEL BLOOD KETONE TEST        | P                     | OTC; QL(1 cada día)            | ONETOUCH ULTRA STRP                 | P                     | Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC |
| FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON     | P                     | OTC; QL(1 cada día)            | ONETOUCH VERIO STRP                 | NP                    | RX/OTC                                   |
| FORA TN'G ADVANCE PRO STRP         | NP                    | RX/OTC                         | ONETOUCH VERIO STRP                 | P                     | Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC |
| FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP      | NP                    | RX/OTC                         | PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT     | NP                    |                                          |
| GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT    | NP                    |                                |                                     |                       |                                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites         | Nombre del medicamento                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP                                                                    | NP                    | RX/OTC                         | ALDACTAZIDE (Use spironolactone & hydrochlorothiazide)  | NP                    |                        |
| PRECISION XTRA KETONE                                                                                | P                     | OTC; QL(1 cada día)            | amiloride & hydrochlorothiazide                         | P                     | QL(1 cada día)         |
| PTS PANELS EGLU TEST STRP                                                                            | NP                    | RX/OTC                         | MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) | NP                    |                        |
| QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP                                                                  | NP                    | RX/OTC                         | MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide)    | NP                    |                        |
| QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT                                                                   | P                     | QL(2 por surtido al por menor) | spironolactone & hydrochlorothiazide                    | P                     |                        |
| RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP                                                                      | NP                    | RX/OTC                         | triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG    | P                     |                        |
| RELION KETONE TEST STRP                                                                              | P                     | OTC; QL(6.67 cada día)         | triamterene & hydrochlorothiazide TABS                  | P                     |                        |
| RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP                                                                    | NP                    | RX/OTC                         | Diuréticos de asa                                       |                       |                        |
| RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP                                                                     | NP                    | RX/OTC                         | bumetanide TABS                                         | P                     |                        |
| SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT                                                                     | NP                    |                                | BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide)                      | NP                    |                        |
| TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP                                                                  | NP                    | RX/OTC                         | furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML                    | P                     |                        |
| VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP                                                                       | NP                    | RX/OTC                         | furosemide TABS                                         | P                     |                        |
| DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas                          |                       |                                | LASIX TABS (Use furosemide)                             | NP                    |                        |
| Enzimas digestivas                                                                                   |                       |                                | SOAANZ TABS 20 MG                                       | NP                    | QL(1 cada día)         |
| CREON CPEP                                                                                           | P                     | PA inteligente (Smart PA)      | toremide TABS                                           | P                     | QL(1 cada día)         |
| DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial |                       |                                | Diuréticos ahorradores de potasio                       |                       |                        |
| Inhibidores de la anhidrasa carbónica                                                                |                       |                                | ALDACTONE TABS (Use spironolactone)                     | NP                    |                        |
| acetazolamide CP12                                                                                   | P                     |                                | amiloride hcl TABS                                      | P                     | QL(4 cada día)         |
| acetazolamide TABS                                                                                   | P                     |                                | spironolactone TABS                                     | P                     |                        |
| dichlorphenamide                                                                                     | P                     | SP; PA                         | Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas          |                       |                        |
| KEVEYIS (Use dichlorphenamide)                                                                       | NP                    | SP; PA                         | chlorthalidone 25 MG, 50 MG                             | P                     |                        |
| methazolamide TABS                                                                                   | P                     |                                | hydrochlorothiazide CAPS                                | P                     |                        |
| Combinaciones de diuréticos                                                                          |                       |                                | hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG                   | P                     |                        |

| Nombre del medicamento                                                                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| <i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>                                                                                     | P                     |                                              |
| <i>metolazone</i>                                                                                                          | P                     |                                              |
| <b>MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas</b> |                       |                                              |
| <b>Inhibidores de los esteroides adrenales</b>                                                                             |                       |                                              |
| ISTURISA                                                                                                                   | P                     | SP; PA                                       |
| RECORLEV                                                                                                                   | P                     | SP; PA                                       |
| <b>Reguladores de la densidad ósea</b>                                                                                     |                       |                                              |
| ACTONEL TABS 35 MG<br>(Use <i>risedronate sodium</i> )                                                                     | NP                    | QL(4 por surtido al por menor); PA           |
| <i>alendronate sodium SOLN</i>                                                                                             | P                     | QL(10.8 ML al día)                           |
| <i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>                                                                                 | P                     | QL(1 cada día)                               |
| <i>alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG</i>                                                                                | P                     | QL(0.15 cada día)                            |
| ATELVIA TBEC (Use <i>risedronate sodium</i> )                                                                              | NP                    | QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA |
| BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML                                                                                                | P                     | PA                                           |
| <i>calcitonin (salmon) NA</i>                                                                                              | P                     | 1 paquete por surtido al por menor           |
| <i>calcitonin (salmon) IJ</i>                                                                                              | P                     | QL(2 ML por surtido al por menor)            |
| EVENITY                                                                                                                    | P                     | SP; PA                                       |
| FORTEO SOPN (Use <i>teriparatide</i> )                                                                                     | NP                    | PA                                           |
| FOSAMAX TABS 70 MG<br>(Use <i>alendronate sodium</i> )                                                                     | NP                    | QL(0.15 cada día)                            |
| <i>ibandronate sodium SOLN</i>                                                                                             | P                     | SP; PA                                       |
| MIACALCIN IJ (Use <i>calcitonin (salmon)</i> )                                                                             | NP                    | QL(2 ML por surtido al por menor)            |
| <i>pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML</i>                                                                    | P                     | SP; PA                                       |
| PAMIDRONATE DISODIUM SOLN                                                                                                  | P                     | SP; PA                                       |

| Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| PROLIA SOSY                                                    | P                     | SP; PA                                       |
| RECLAST SOLN (Use <i>zoledronic acid</i> )                     | NP                    | SP; PA                                       |
| <i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>                     | P                     | QL(1 cada día); PA                           |
| <i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>                           | P                     | QL(4 por surtido al por menor); PA           |
| <i>risedronate sodium TBEC</i>                                 | P                     | QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA |
| <i>teriparatide SOPN</i>                                       | P                     | 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                                       |
| ZOLEDRONIC ACID SOLN                                           | P                     | SP; PA                                       |
| <b>Reguladores de la fertilidad</b>                            |                       |                                              |
| 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                                                     | P                     | PA                                           |
| OVIDREL SOSY                                                   | P                     | PA                                           |
| PREGNYL IM                                                     | P                     | PA                                           |
| <b>Antagonistas GnRH/LHRH</b>                                  |                       |                                              |
| <i>cetrorelix acetate</i>                                      | P                     | PA                                           |
| CETROTIDE (Use <i>cetrorelix acetate</i> )                     | NP                    | PA                                           |
| <i>ganirelix acetate</i>                                       | P                     | PA                                           |
| GANIRELIX ACETATE (Use <i>ganirelix acetate</i> )              | NP                    | PA                                           |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento                  |                       |                    | <i>calcitriol CAPS</i>                                                        | P                     |                          |
| SOMAVERT                                                                      | P                     | SP; PA             | CARBAGLU ( <i>Use carglumic acid</i> )                                        | NP                    | SP; PA                   |
| Productos de hormona del crecimiento                                          |                       |                    | <i>carglumic acid</i>                                                         | P                     | SP; PA                   |
| HUMATROPE CART IJ                                                             | P                     | SP; PA             | CARNITOR SF SOLN PO ( <i>Use levocarnitine (metabolic modifiers)</i> )        | NP                    | QL(30 ML al día)         |
| NORDITROPIN FLEXPPO SOPN                                                      | P                     | SP; PA             | CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML ( <i>Use levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ) | NP                    | QL(30 ML al día)         |
| SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG                                                  | P                     | SP; PA             | CARNITOR TABS ( <i>Use levocarnitine (metabolic modifiers)</i> )              | NP                    | QL(3 cada día)           |
| ZORBTIVE SC                                                                   | P                     | SP; PA             | <i>cinacalcet hcl</i>                                                         | P                     | SP; PA                   |
| Moduladores de los receptores hormonales                                      |                       |                    | CYSTADANE ( <i>Use betaine</i> )                                              | NP                    | SP; PA                   |
| EVISTA ( <i>Use raloxifene hcl</i> )                                          | NP                    | QL(1 cada día)     | ELAPRASE                                                                      | P                     | SP; PA                   |
| <i>raloxifene hcl</i>                                                         | P                     | QL(1 cada día)     | GALAFOLD                                                                      | P                     | QL(0.5 cada día); SP; PA |
| Inhibidores de los receptores del factor de crecimiento similar a la insulina |                       |                    | KANUMA                                                                        | P                     | SP; PA                   |
| TEPEZZA                                                                       | P                     | SP; PA             | KUVAN PACK ( <i>Use sapropterin dihydrochloride</i> )                         | NP                    | SP; PA                   |
| Factores de crecimiento similares a la insulina (somatomedinas)               |                       |                    | KUVAN TABS ( <i>Use sapropterin dihydrochloride</i> )                         | NP                    | SP; PA                   |
| INCRELEX                                                                      | P                     | SP; PA             | <i>levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN PO 1 GM/10ML</i>                  | P                     | QL(30 ML al día)         |
| Supresores hipofisarios análogos de los agonistas de la LHRH/GnRH             |                       |                    | <i>levocarnitine (metabolic modifiers) TABS</i>                               | P                     | QL(3 cada día)           |
| FENSOLVI (6 MONTH) SC                                                         | P                     | SP; PA             | LUMIZYME                                                                      | P                     | SP; PA                   |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)                                                    | P                     | SP; PA             | MEPSEVII                                                                      | P                     | SP; PA                   |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)                                                    | P                     | SP; PA             | MYALEPT                                                                       | P                     | SP; PA                   |
| SUPPRELIN LA                                                                  | P                     | SP; PA             | NAGLAZYME                                                                     | P                     | SP; PA                   |
| SYNAREL                                                                       | P                     | SP; PA             | NEXVIAZYME                                                                    | P                     | SP; PA                   |
| TRIPTODUR                                                                     | P                     | SP; PA             | <i>nitisinone CAPS</i>                                                        | P                     | SP; PA                   |
| Modificadores metabólicos                                                     |                       |                    | NITYR TABS                                                                    | P                     | SP; PA                   |
| ALDURAZYME                                                                    | P                     | SP; PA             | NULIBRY                                                                       | P                     | SP; PA                   |
| <i>betaine</i>                                                                | P                     | SP; PA             | ORFADIN CAPS ( <i>Use nitisinone</i> )                                        | NP                    | SP; PA                   |
| BRINEURA                                                                      | P                     | SP; PA             |                                                                               |                       |                          |
| BUPHENYL POWD ( <i>Use sodium phenylbutyrate</i> )                            | NP                    | SP; PA             |                                                                               |                       |                          |
| BUPHENYL TABS ( <i>Use sodium phenylbutyrate</i> )                            | NP                    | SP; PA             |                                                                               |                       |                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites            |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| ORFADIN SUSP                                               | P                     | SP; PA                            |
| PALYNZIQ                                                   | P                     | SP; PA                            |
| <i>paricalcitol</i> SOLN                                   | P                     | SP; PA                            |
| PARSABIV                                                   | P                     | SP; PA                            |
| REVCIVI                                                    | P                     | SP; PA                            |
| ROCALTRON CAPS ( <i>Use calcitriol</i> )                   | NP                    |                                   |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK                    | P                     | SP; PA                            |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> TABS                    | P                     | SP; PA                            |
| SENSIPAR ( <i>Use cinacalcet hcl</i> )                     | NP                    | SP; PA                            |
| <i>sodium phenylbutyrate</i> POWD                          | P                     | SP; PA                            |
| <i>sodium phenylbutyrate</i> TABS                          | P                     | SP; PA                            |
| STRENSIQ                                                   | P                     | SP; PA                            |
| VIMIZIM                                                    | P                     | SP; PA                            |
| XURIDEN                                                    | P                     | SP; PA                            |
| ZEMPLAR SOLN ( <i>Use paricalcitol</i> )                   | NP                    | SP; PA                            |
| Hormonas de la hipófisis posterior                         |                       |                                   |
| DDAVP PF SOLN IJ ( <i>Use desmopressin acetate</i> )       | NP                    | SP; PA                            |
| DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML ( <i>Use desmopressin acetate</i> ) | NP                    | SP; PA                            |
| DDAVP TABS ( <i>Use desmopressin acetate</i> )             | NP                    | QL(6 cada día)                    |
| <i>desmopressin acetate</i> spray                          | P                     | QL(5 ML por surtido al por menor) |
| <i>desmopressin acetate</i> spray refrigerated 0.01 %      | P                     | QL(5 ML por surtido al por menor) |
| <i>desmopressin acetate</i> SOLN IJ                        | P                     | SP; PA                            |
| DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA                               | P                     | SP; PA                            |
| <i>desmopressin acetate</i> TABS                           | P                     | QL(6 cada día)                    |

| Nombre del medicamento                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| Medicamentos somatostáticos                                                          |                       |                                          |
| <i>octreotide acetate</i> KIT                                                        | P                     | SP; PA                                   |
| <i>octreotide acetate</i> SOLN                                                       | P                     | SP; PA                                   |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT ( <i>Use octreotide acetate</i> )                          | NP                    | SP; PA                                   |
| SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML ( <i>Use octreotide acetate</i> ) | NP                    | SP; PA                                   |
| SIGNIFOR                                                                             | P                     | SP; PA                                   |
| SIGNIFOR LAR                                                                         | P                     | SP; PA                                   |
| Antagonistas de los receptores de la vasopresina                                     |                       |                                          |
| JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG ( <i>Use tolvaptan</i> )                                  | NP                    | SP; PA                                   |
| JYNARQUE TBPK 15 MG ( <i>Use tolvaptan</i> )                                         | NP                    | SP; PA                                   |
| SAMSCA TABS ( <i>Use tolvaptan</i> )                                                 | NP                    | SP; PA                                   |
| <i>tolvaptan</i> TABS                                                                | P                     | SP; PA                                   |
| <i>tolvaptan</i> TBPK 15 MG                                                          | P                     | SP; PA                                   |
| ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal                         |                       |                                          |
| Combinaciones de estrógenos                                                          |                       |                                          |
| ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG ( <i>Use estradiol &amp; norethindrone acetate</i> )      | NP                    | QL(1 cada día)                           |
| COMBIPATCH PTTW                                                                      | P                     | QL(8 cada 28 días de venta al por menor) |
| <i>estradiol &amp; norethindrone acetate</i> TABS                                    | 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)           |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.06 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR (Use estradiol) | NP                    | QL(4 por surtido al por menor)                    |
| ESTRACE TABS (Use estradiol)                                                                                       | NP                    |                                                   |
| estradiol PTTW                                                                                                     | P                     | QL(8 por surtido al por menor)                    |
| estradiol PTWK                                                                                                     | P                     | QL(4 por surtido al por menor)                    |
| estradiol TABS                                                                                                     | P                     |                                                   |
| MINIVELLE PTTW (Use estradiol)                                                                                     | NP                    | QL(8 por surtido al por menor)                    |
| PREMARIN TABS                                                                                                      | P                     | QL(1 cada día)                                    |
| VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol)                                                                                   | NP                    | QL(8 por surtido al por menor)                    |
| <b>FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>                              |                       |                                                   |
| Fluoroquinolonas                                                                                                   |                       |                                                   |
| ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG                                                                      | P                     |                                                   |
| ciprofloxacin hcl TABS 100 MG                                                                                      | P                     | QL(6 por surtido al por menor)                    |
| CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl)                                                                  | NP                    |                                                   |
| levofloxacin TABS                                                                                                  | P                     | QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)       |
| ofloxacin 400 MG                                                                                                   | P                     | QL(56 por surtido al por menor)                   |
| <b>MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios</b>                           |                       |                                                   |
| Antiflatulentos                                                                                                    |                       |                                                   |
| MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone)                                                                  | NP                    | OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| simethicone CHEW 80 MG                                                                                             | P                     | OTC                                               |

| Nombre del medicamento                                                      | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| simethicone LIQD PO                                                         | P                     | OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| simethicone SUSP                                                            | P                     | OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| <b>Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares</b> |                       |                                                   |
| CHOLBAM                                                                     | P                     | SP; PA                                            |
| <b>Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)</b>                            |                       |                                                   |
| OCALIVA                                                                     | P                     | QL(1 cada día); SP; PA                            |
| <b>Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares</b>                    |                       |                                                   |
| chenodiol                                                                   | P                     | SP; PA                                            |
| CTEXTLI 250 MG                                                              | P                     | SP; PA                                            |
| URSO 250 TABS (Use ursodiol)                                                | NP                    | QL(7 cada día)                                    |
| ursodiol CAPS                                                               | P                     |                                                   |
| ursodiol TABS 250 MG                                                        | P                     | QL(7 cada día)                                    |
| <b>Activadores de los canales de cloruro gastrointestinales</b>             |                       |                                                   |
| AMITIZA (Use lubiprostone)                                                  | NP                    | PA                                                |
| lubiprostone                                                                | P                     | PA                                                |
| <b>Estimulantes gastrointestinales</b>                                      |                       |                                                   |
| GIMOTI SOLN NA                                                              | P                     | SP; PA                                            |
| metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML                             | P                     |                                                   |
| metoclopramide hcl TABS                                                     | P                     |                                                   |
| REGLAN TABS (Use metoclopramide hcl)                                        | NP                    |                                                   |
| <b>Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)</b>      |                       |                                                   |
| BYLVAY (PELLETS) CPSP                                                       | P                     | SP; PA                                            |
| BYLVAY CAPS                                                                 | P                     | SP; PA                                            |
| LIVMARLI                                                                    | P                     | SP; PA                                            |
| <b>Medicamentos antiinflamatorios intestinales</b>                          |                       |                                                   |
| APRISO CP24 (Use mesalamine)                                                | NP                    |                                                   |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                                                                                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| AVSOLA                                              | P                     | SP; PA                 | GATTEX                                                                                                                                                             | P                     | SP; PA                                                   |
| AZULFIDINE EN-TABS<br>TBEC (Use sulfasalazine)      | NP                    |                        | Inhibidores de la triptófano hidroxilasa                                                                                                                           |                       |                                                          |
| AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine)                 | NP                    |                        | XERMELO                                                                                                                                                            | P                     | SP; PA                                                   |
| balsalazide disodium<br>CAPS                        | P                     | QL(9 cada día)         | <b>MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS -<br/>VARIOS - Medicamentos diversos para el<br/>tratamiento de problemas del sistema urinario y<br/>los órganos reproductores</b> |                       |                                                          |
| COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium)             | NP                    | QL(9 cada día)         | Alcalinizadores                                                                                                                                                    |                       |                                                          |
| DELZICOL CPDR (Use mesalamine)                      | NP                    |                        | potassium citrate<br>(alkalinizer) TBCR                                                                                                                            | P                     |                                                          |
| ENTYVIO SOLR                                        | P                     | SP; PA                 | sodium citrate & citric acid                                                                                                                                       | P                     | QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| LIALDA TBEC (Use mesalamine)                        | NP                    |                        | sodium citrate & citric acid                                                                                                                                       | NP                    | RX/OTC                                                   |
| mesalamine CP24                                     | P                     |                        | UROKIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))                                                                                                             | NP                    |                                                          |
| mesalamine CPDR                                     | P                     |                        | UROKIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))                                                                                                              | NP                    |                                                          |
| mesalamine ENEM                                     | P                     | QL(60 ML al día)       | Medicamentos contra la cistinosis                                                                                                                                  |                       |                                                          |
| mesalamine TBEC                                     | P                     |                        | CYSTAGON CAPS                                                                                                                                                      | P                     | SP; PA                                                   |
| OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML                          | P                     | SP; PA                 | PROCYSBI CPDR                                                                                                                                                      | P                     | SP; PA                                                   |
| PYZCHIVA 130 MG/26ML                                | P                     | SP; PA                 | PROCYSBI PACK                                                                                                                                                      | P                     | SP; PA                                                   |
| SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML                        | P                     | SP; PA                 | Irrigantes genitourinarios                                                                                                                                         |                       |                                                          |
| SFROWASA ENEM                                       | P                     |                        | sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %                                                                                                                                | P                     |                                                          |
| STELARA 130 MG/26ML                                 | P                     | SP; PA                 | Medicamentos contra la hiperoxaluria                                                                                                                               |                       |                                                          |
| STEQEYMA                                            | P                     | SP; PA                 | OXLUMO                                                                                                                                                             | P                     | SP; PA                                                   |
| sulfasalazine TABS                                  | P                     |                        | Medicamentos contra la hipertrofia prostática                                                                                                                      |                       |                                                          |
| sulfasalazine TBEC                                  | P                     |                        | finasteride                                                                                                                                                        | P                     | QL(1 cada día)                                           |
| USTEKINUMAB 130 MG/26ML                             | P                     | SP; PA                 | PROSCAR (Use finasteride)                                                                                                                                          | NP                    | QL(1 cada día)                                           |
| USTEKINUMAB-TTWE                                    | NP                    | SP                     | tamsulosin hcl                                                                                                                                                     | P                     | QL(2 cada día)                                           |
| Acidificadores intestinales                         |                       |                        | Analgésicos urinarios                                                                                                                                              |                       |                                                          |
| lactulose (encephalopathy)                          | P                     |                        | AZO URINARY PAIN RELIEF TABS (Use phenazopyridine hcl)                                                                                                             | NF                    |                                                          |
| Medicamentos aglutinantes de fosfatos               |                       |                        |                                                                                                                                                                    |                       |                                                          |
| calcium acetate (phosphate binder) CAPS             | P                     |                        |                                                                                                                                                                    |                       |                                                          |
| Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS) |                       |                        |                                                                                                                                                                    |                       |                                                          |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites            | Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <i>phenazopyridine hcl</i><br>TABS 100 MG, 200 MG                               | P                     |                                   | ALPHANATE SOLR                                                      | P                     | SP; PA                 |
| PYRIDIUM TABS (Use<br><i>phenazopyridine hcl</i> )                              | NP                    |                                   | ALPHANINE SD 500<br>UNIT, 1000 UNIT, 1500<br>UNIT                   | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos para cálculos urinarios                                            |                       |                                   | ALPROLIX                                                            | P                     | SP; PA                 |
| THIOLA EC TBEC (Use<br><i>tiopronin</i> )                                       | NP                    | SP; PA                            | BENEFIX KIT                                                         | P                     | SP; PA                 |
| THIOLA TABS (Use<br><i>tiopronin</i> )                                          | NP                    | SP; PA                            | COAGADEX                                                            | P                     | SP; PA                 |
| <i>tiopronin</i> TABS                                                           | P                     | SP; PA                            | CORIFACT                                                            | P                     | SP; PA                 |
| <i>tiopronin</i> TBEC                                                           | P                     | SP; PA                            | ELOCTATE                                                            | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)                               |                       |                                   | ESPEROCT 500 UNIT,<br>1000 UNIT, 1500 UNIT,<br>2000 UNIT, 3000 UNIT | P                     | SP; PA                 |
| DEFLUX                                                                          | P                     | SP; PA                            | FEIBA                                                               | P                     | SP; PA                 |
| <b>MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA -</b>                                            |                       |                                   | FIBRYGA                                                             | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos para tratar la gota                                                |                       |                                   | HEMLIBRA 30 MG/ML, 60<br>MG/0.4ML, 105<br>MG/0.7ML, 150 MG/ML       | P                     | SP; PA                 |
| Combinaciones de medicamentos contra la gota                                    |                       |                                   | HEMOFIL M SOLR 250<br>UNIT, 500 UNIT, 1000<br>UNIT, 1700 UNIT       | P                     | SP; PA                 |
| <i>colchicine w/ probenecid</i>                                                 | P                     |                                   | HUMATE-P SOLR                                                       | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos contra la gota                                                     |                       |                                   | IDELVION                                                            | P                     | SP; PA                 |
| <i>allopurinol</i> 100 MG, 300<br>MG                                            | P                     |                                   | IXINITY SOLR                                                        | P                     | SP; PA                 |
| <i>colchicine</i> TABS                                                          | P                     | QL(6 por surtido<br>al por menor) | JIVI                                                                | P                     | SP; PA                 |
| COLCRYS TABS (Use<br><i>colchicine</i> )                                        | NP                    | QL(6 por surtido<br>al por menor) | KCENTRA                                                             | P                     | SP; PA                 |
| KRYSTEXXA                                                                       | P                     | SP; PA                            | KOATE-DVI SOLR 500<br>UNIT, 1000 UNIT                               | P                     | SP; PA                 |
| ZYLOPRIM (Use<br><i>allopurinol</i> )                                           | NP                    |                                   | KOATE SOLR                                                          | P                     | SP; PA                 |
| Uricosúricos                                                                    |                       |                                   | KOGENATE FS KIT                                                     | P                     | SP; PA                 |
| <i>probenecid</i>                                                               | P                     |                                   | KOVALTRY                                                            | P                     | SP; PA                 |
| <b>MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS – VARIOS</b>                                      |                       |                                   | NOVOSEVEN RT                                                        | P                     | SP; PA                 |
| - Medicamentos para el tratamiento de trastornos<br>sanguíneos                  |                       |                                   | NUWIQ KIT                                                           | P                     | SP; PA                 |
| Productos antihemofílicos                                                       |                       |                                   | NUWIQ SOLR                                                          | P                     | SP; PA                 |
| ADVATE                                                                          | P                     | SP; PA                            | OBIZUR                                                              | P                     | SP; PA                 |
| ADYNOVATE                                                                       | P                     | SP; PA                            | PROFILNINE                                                          | P                     | SP; PA                 |
| AFSTYLA 250 UNIT, 500<br>UNIT, 1000 UNIT, 1500<br>UNIT, 2000 UNIT, 2500<br>UNIT | P                     | SP; PA                            | REBINYN                                                             | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                 |                       |                                   | RECOMBINATE SOLR                                                    | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                 |                       |                                   | RIASTAP                                                             | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                 |                       |                                   | RIXUBIS SOLR                                                        | P                     | SP; PA                 |



| Nombre del medicamento                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| SEVENFACT                                      | P                     | SP; PA                 |
| TRETTEN                                        | P                     | SP; PA                 |
| VONVENDI                                       | P                     | SP; PA                 |
| WILATE KIT                                     | P                     | SP; PA                 |
| XYNTHA                                         | P                     | SP; PA                 |
| XYNTHA SOLOFUSE                                | P                     | SP; PA                 |
| Antagonistas del receptor B2 de la bradicinina |                       |                        |
| FIRAZYR SOSY (Use <i>icatibant acetate</i> )   | NP                    | SP; PA                 |
| <i>icatibant acetate</i> SOSY                  | P                     | SP; PA                 |
| Inhibidores del complemento                    |                       |                        |
| BERINERT KIT                                   | P                     | SP; PA                 |
| CINRYZE SOLR IV                                | P                     | SP; PA                 |
| ENJAYMO                                        | P                     | SP; PA                 |
| HAEGARDA SOLR SC                               | P                     | SP; PA                 |
| RUCONEST                                       | P                     | SP; PA                 |
| TAVNEOS                                        | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos hemorreológicos                   |                       |                        |
| <i>pentoxifylline</i>                          | P                     |                        |
| 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 60 MG, 90 MG (Use <i>ticagrelor</i> ) | NP                    | QL(2 cada día)         |

| Nombre del medicamento                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| CABLIVI                                                                              | P                     | SP; PA                                        |
| <i>cilostazol</i>                                                                    | P                     | QL(2 cada día)                                |
| <i>clopidogrel bisulfate</i> 75 MG                                                   | 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)                                |
| <i>ticagrelor</i> 60 MG, 90 MG                                                       | P                     | QL(2 cada día)                                |
| Activadores de la piruvato cinasa                                                    |                       |                                               |
| PYRUKYND TAPER PACK TBPK                                                             | P                     | SP; PA                                        |
| PYRUKYND TABS                                                                        | P                     | SP; PA                                        |
| Medicamentos trombolíticos - varios                                                  |                       |                                               |
| DEFITELIO                                                                            | P                     | SP; PA                                        |
| <b>MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos</b> |                       |                                               |
| Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher                                         |                       |                                               |
| CERDELGA                                                                             | P                     | SP; PA                                        |
| CEREZYME 400 UNIT                                                                    | P                     | SP; PA                                        |
| <i>miglustat</i>                                                                     | P                     | SP; PA                                        |
| ZAVESCA (Use <i>miglustat</i> )                                                      | NP                    | SP; PA                                        |
| Medicamentos contra la anemia de células falciformes                                 |                       |                                               |
| DROXIA CAPS                                                                          | P                     |                                               |
| ENDARI (Use <i>glutamine (sickle cell)</i> )                                         | NP                    | SP; PA                                        |
| <i>glutamine (sickle cell)</i>                                                       | P                     | SP; PA                                        |
| OXBRYTA TABS 500 MG                                                                  | P                     | PA                                            |
| OXBRYTA TBSO                                                                         | P                     | PA                                            |
| SIKLOS TABS                                                                          | P                     | PA                                            |
| Cobalaminas                                                                          |                       |                                               |
| <i>cyanocobalamin SOLN IJ</i> 1000 MCG/ML                                            | P                     | QL(10 ML cada 270 días de venta al por menor) |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                             | Nombre del medicamento                                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| Ácido fólico/folatos                                    |                       |                                                                    | <i>ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML</i>                                            | P                     | OTC; QL(3.4 ML al día)                                         |
| <i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>                 | P                     | OTC; QL(1 cada día)                                                | <i>ferrous sulfate TABS 325 MG, 65 MG, 325 MG</i>                                         | P                     | OTC; AL(Hasta 50 años)                                         |
| <i>folic acid TABS 1 MG</i>                             | P                     | RX/OTC                                                             | <i>ferrous sulfate TBEC</i>                                                               | P                     | OTC; AL(Hasta 50 años)                                         |
| Factores de crecimiento hematopoyético                  |                       |                                                                    | FERROUS SULFATE TBEC ( <i>Use ferrous sulfate</i> )                                       | NP                    | OTC; AL(Hasta 50 años)                                         |
| GRANIX SOLN                                             | P                     | SP; PA                                                             | IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW                                                                 | P                     | OTC                                                            |
| GRANIX SOSY                                             | P                     | SP; PA                                                             | IRON TABS 28 MG                                                                           | P                     | OTC                                                            |
| LEUKINE SOLR IJ                                         | P                     | SP; PA                                                             | <i>polysaccharide iron complex CAPS</i>                                                   | P                     | QL(1 cada día)                                                 |
| MULPLETA                                                | P                     | SP; PA                                                             | Movilizadores de células madre                                                            |                       |                                                                |
| NEUPOGEN SOLN                                           | P                     | SP; PA                                                             | MOZOBIL ( <i>Use plerixafor</i> )                                                         | NP                    | SP; PA                                                         |
| NEUPOGEN SOSY                                           | P                     | SP; PA                                                             | <i>plerixafor</i>                                                                         | P                     | SP; PA                                                         |
| NIVESTYM SOLN                                           | P                     | SP; PA                                                             | HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos |                       |                                                                |
| NIVESTYM SOSY                                           | P                     | SP; PA                                                             | Hemostáticos - sistémicos                                                                 |                       |                                                                |
| NYVEPRIA                                                | P                     | SP; PA                                                             | AMICAR SOLN PO ( <i>Use aminocaproic acid</i> )                                           | NP                    | QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP            |
| RELEUKO SOLN                                            | P                     | SP; PA                                                             | AMICAR TABS 1000 MG ( <i>Use aminocaproic acid</i> )                                      | NP                    | SP; PA                                                         |
| RELEUKO SOSY                                            | P                     | SP; PA                                                             | AMICAR TABS 500 MG ( <i>Use aminocaproic acid</i> )                                       | NP                    | QL(24 por surtido al por menor); SP                            |
| RETACRIT                                                | P                     | SP; PA                                                             | <i>aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML</i>                                               | P                     | QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP            |
| ZARXIO                                                  | P                     | SP; PA                                                             | <i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>                                                | P                     | SP; PA                                                         |
| Mezclas hematopoyéticas                                 |                       |                                                                    | <i>aminocaproic acid TABS 1000 MG</i>                                                     | P                     | SP; PA                                                         |
| <i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS</i> | P                     | QL(1 cada día)                                                     | <i>aminocaproic acid TABS 500 MG</i>                                                      | P                     | QL(24 por surtido al por menor); SP                            |
| HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS                        | P                     | QL(1 cada día)                                                     | <i>tranexamic acid TABS</i>                                                               | P                     | QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(Al menos 12 años) |
| Suplementos de hierro                                   |                       |                                                                    | MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/                                                         |                       |                                                                |
| FER-IN-SOL SOLN ( <i>Use ferrous sulfate</i> )          | NP                    | OTC; QL(3.4 ML al día)                                             |                                                                                           |                       |                                                                |
| FERRETTTS TABS                                          | P                     | OTC; QL(2 cada día)                                                |                                                                                           |                       |                                                                |
| <i>ferrous fumarate TABS</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 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>    | P                     | OTC; AL(Hasta 50 años)                                             |                                                                                           |                       |                                                                |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/ Límites                                             | Nombre del medicamento                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/ Límites                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>                                     |                       |                                                                 |                                                                              |                       |                                                                 |
| Antihistamínicos hipnóticos                                     |                       |                                                                 |                                                                              |                       |                                                                 |
| <i>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG</i>                   | P                     | OTC                                                             | <i>zaleplon 5 MG</i>                                                         | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)                            |
| <i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG</i>                   | P                     | OTC; QL(1 cada día)                                             | <i>zaleplon 10 MG</i>                                                        | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)                            |
| <i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>                   | P                     | OTC                                                             | <i>zolpidem tartrate TABS</i>                                                | P                     | QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años) |
| <i>doxylamine succinate (sleep)</i>                             | P                     | OTC                                                             | <b>LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal</b>                |                       |                                                                 |
| UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use <i>diphenhydramine hcl (sleep)</i> ) | NP                    | OTC                                                             | Laxantes a granel                                                            |                       |                                                                 |
| UNISOM SLEEPTABS (Use <i>doxylamine succinate (sleep)</i> )     | NP                    | OTC                                                             | <i>calcium polycarbophil TABS</i>                                            | P                     | OTC; QL(10 cada día)                                            |
| Hipnóticos barbitúricos                                         |                       |                                                                 | EVAC POWD (Use <i>psyllium</i> )                                             | NP                    | OTC                                                             |
| <i>phenobarbital ELIX</i>                                       | P                     |                                                                 | METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use <i>psyllium</i> )                         | NP                    |                                                                 |
| <i>phenobarbital TABS</i>                                       | P                     |                                                                 | METAMUCIL POWD (Use <i>psyllium</i> )                                        | NP                    | OTC                                                             |
| Hipnóticos no barbitúricos                                      |                       |                                                                 | NATURAL FIBER LAXATIVE POWD                                                  | P                     | OTC                                                             |
| AMBIEN TABS (Use <i>zolpidem tartrate</i> )                     | NP                    | QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años) | <i>psyllium CAPS 0.52 GM</i>                                                 | P                     | OTC                                                             |
| <i>flurazepam hcl</i>                                           | P                     | AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)                            | <i>psyllium POWD 43 %</i>                                                    | P                     |                                                                 |
| HALCION 0.25 MG (Use <i>triazolam</i> )                         | NP                    | QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)                            | <i>psyllium POWD 43 %</i>                                                    | NP                    |                                                                 |
| <i>midazolam hcl SOLN IJ</i>                                    | P                     |                                                                 | <i>psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %</i>              | P                     | OTC                                                             |
| MIDAZOLAM HCL SOLN IJ                                           | P                     |                                                                 | Combinaciones de laxantes                                                    |                       |                                                                 |
| RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use <i>temazepam</i> )                   | NP                    | AL(AI menos 18 años)                                            | GOLYTELY SOLR (Use <i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i> ) | NP                    | QL(4000 ML por surtido al por menor)                            |
| <i>temazepam 15 MG, 30 MG</i>                                   | P                     | AL(AI menos 18 años)                                            | <i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR</i>                 | P                     | QL(4000 ML por surtido al por menor)                            |
| <i>triazolam</i>                                                | P                     | QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)                            | <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 julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                             | Nombre del medicamento                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| SENOKOT S TABS ( <i>Use sennosides-docusate sodium</i> )                                | NP                    | OTC; QL(4 cada día)                                | <i>bisacodyl TBEC</i>                                                    | P                     | OTC; QL(1 cada día)                  |
| <i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>                               | P                     |                                                    | DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC ( <i>Use bisacodyl</i> )                     | NP                    | OTC; QL(1 cada día)                  |
| SUPREP BOWEL PREP KIT ( <i>Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i> ) | NP                    |                                                    | DULCOLAX SUPP ( <i>Use bisacodyl</i> )                                   | NP                    | OTC; QL(12 por surtido al por menor) |
| Laxantes - varios                                                                       |                       |                                                    | DULCOLAX TBEC ( <i>Use bisacodyl</i> )                                   | NP                    | OTC; QL(1 cada día)                  |
| GLYCERIN (ADULT) SUPP ( <i>Use glycerin (laxative)</i> )                                | NP                    | OTC                                                | <i>sennosides TABS 8.6 MG</i>                                            | P                     | OTC; QL(12 por surtido al por menor) |
| <i>glycerin (laxative) SUPP 2 GM</i>                                                    | P                     | OTC                                                | SENOKOT TABS ( <i>Use sennosides</i> )                                   | NP                    | OTC; QL(12 por surtido al por menor) |
| <i>lactulose SOLN</i>                                                                   | P                     |                                                    | Laxantes surfactantes                                                    |                       |                                      |
| MIRALAX POWD ( <i>Use polyethylene glycol 3350</i> )                                    | NP                    | QL(34 GM al día)                                   | COLACE CLEAR CAPS ( <i>Use docusate sodium</i> )                         | NP                    | OTC                                  |
| <i>polyethylene glycol 3350 POWD</i>                                                    | P                     | QL(34 GM al día)                                   | COLACE CAPS 100 MG ( <i>Use docusate sodium</i> )                        | NP                    | OTC; QL(3 cada día)                  |
| SORBITOL PO 70 %                                                                        | P                     | OTC                                                | <i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>                               | P                     | OTC; QL(3 cada día)                  |
| Laxantes salinos                                                                        |                       |                                                    | <i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>                                        | P                     | OTC                                  |
| FLEET ENEMA ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )                                       | NP                    | OTC                                                | <i>docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML</i>                       | P                     | OTC                                  |
| FLEET PEDIATRIC ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )                                   | NP                    | OTC                                                | DOCUSATE SODIUM SYRP                                                     | P                     | OTC                                  |
| FLEET SALINE ENEMA ENEM ( <i>Use sodium phosphates</i> )                                | NP                    | OTC                                                | <i>docusate sodium TABS</i>                                              | P                     | OTC                                  |
| <i>magnesium citrate 1.745 GM/30ML</i>                                                  | P                     | OTC                                                | MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas |                       |                                      |
| <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) | Azitromicina                                                             |                       |                                      |
| <i>sodium phosphates ENEM</i>                                                           | P                     | OTC                                                | <i>azithromycin PACK</i>                                                 | P                     | QL(2 por surtido al por menor)       |
| Laxantes estimulantes                                                                   |                       |                                                    | <i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>                                      | P                     | QL(15 ML por surtido al por menor)   |
| <i>bisacodyl SUPP</i>                                                                   | P                     | OTC; QL(12 por surtido al por menor)               | <i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>                                      | P                     | QL(30 ML por surtido al por menor)   |
|                                                                                         |                       |                                                    | <i>azithromycin TABS 250 MG</i>                                          | P                     | QL(6 por surtido al por menor)       |
|                                                                                         |                       |                                                    | <i>azithromycin TABS 500 MG</i>                                          | P                     | QL(4 cada día)                       |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| <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)                           |
| ZITHROMAX Z-PAK TABS ( <i>Use azithromycin</i> )                | NP                    | QL(6 por surtido al por menor)           |
| ZITHROMAX PACK                                                  | P                     | QL(2 por surtido al por menor)           |
| ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML ( <i>Use azithromycin</i> )           | NP                    | QL(30 ML por surtido al por menor)       |
| ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML ( <i>Use azithromycin</i> )           | NP                    | QL(15 ML por surtido al por menor)       |
| ZITHROMAX TABS 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 250 MG/5ML</i>                           | P                     | QL(200 ML por surtido al por menor)      |
| <i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>                           | P                     | QL(100 ML por surtido al por menor)      |
| <i>clarithromycin TABS</i>                                      | P                     | QL(28 por surtido al por menor)          |
| <i>clarithromycin TB24</i>                                      | P                     | QL(14 por surtido al por menor)          |
| Eritromicinas                                                   |                       |                                          |
| E.E.S. GRANULES SUSR ( <i>Use erythromycin ethylsuccinate</i> ) | NP                    |                                          |
| ERYPED 200 SUSR ( <i>Use erythromycin ethylsuccinate</i> )      | NP                    |                                          |
| ERYPED 400 SUSR ( <i>Use 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                     |                                          |

| Nombre del medicamento                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                          |
|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|
| <i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>   | P                     |                                                 |
| <i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>  | P                     |                                                 |
| <b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b> |                       |                                                 |
| Vendas-Apósitos-Adhesivos                 |                       |                                                 |
| GAUZE SPONGES                             | P                     | RX/OTC                                          |
| Anticonceptivos                           |                       |                                                 |
| CONDOMS-MISC                              | P                     | QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC |
| Suministros para diabéticos               |                       |                                                 |
| BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT             | NP                    | RX/OTC                                          |
| CARESENS N PLUS BT KIT                    | NP                    | RX/OTC                                          |
| CONTOUR NEXT EZ KIT                       | NP                    | RX/OTC                                          |
| CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT              | NP                    | RX/OTC                                          |
| CONTOUR PLUS BLUE KIT                     | NP                    | RX/OTC                                          |
| DEXCOM G6 RECEIVER                        | NP                    |                                                 |
| DEXCOM G7 RECEIVER                        | NP                    |                                                 |
| DEXCOM G7 SENSOR                          | NP                    |                                                 |
| EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT            | NP                    | RX/OTC                                          |
| EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT          | NP                    | RX/OTC                                          |
| EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER               | NP                    |                                                 |
| EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER                | NP                    |                                                 |
| FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER             | P                     | QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA   |
| FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR             | P                     | QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA    |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        | Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR  | P                     | QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA  | ALCOHOL PREP PADS-MISC              | P                     | OTC                    |
| FREESTYLE LIBRE 2 READER       | P                     | QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA | Suministros ópticos y oftálmicos    |                       |                        |
| FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR       | P                     | QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA  | SUSVIMO OCULAR IMPLANT              | P                     | SP; PA                 |
| FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR  | P                     | QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA  | Suministros para terapia parenteral |                       |                        |
| FREESTYLE LIBRE 3 READER       | P                     | QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA | ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE         | NP                    | RX/OTC                 |
| FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR       | P                     | QL(2 cada 28 días de venta al por menor); PA  | AQINJECT PEN NEEDLE                 | NP                    | RX/OTC                 |
| FREESTYLE LIBRE READER         | P                     | QL(1 cada 365 días de venta al por menor); PA | ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES       | NP                    | RX/OTC                 |
| FREESTYLE LITE KIT             | NP                    | RX/OTC                                        | ASSURE ID PRO PEN NEEDLES           | NP                    | RX/OTC                 |
| GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR      | NP                    |                                               | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE       | NP                    | RX/OTC                 |
| GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED | NP                    |                                               | AUM PEN NEEDLE                      | NP                    | RX/OTC                 |
| LANCETS-MISC                   | P                     | QL (6.67 cada día); OTC                       | BD PEN NEEDLES                      | P                     | QL (5 cada día); OTC   |
| LANCING DEVICE-MISC            | P                     | OTC                                           | COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES          | NP                    | RX/OTC                 |
| MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT    | NP                    | RX/OTC                                        | DROPLET PEN NEEDLES                 | NP                    |                        |
| ONETOUCH ULTRA 2 KIT           | P                     | RX/OTC                                        | EASY COMFORT INSULIN SYRINGE        | P                     | QL(5 cada día)         |
| ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT | P                     | RX/OTC                                        | EASY COMFORT PEN NEEDLES            | NP                    |                        |
| ONETOUCH VERIO REFLECT KIT     | P                     | RX/OTC                                        | EMBECTA AUTOSHIELD DUO              | P                     | RX/OTC                 |
| QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT  | NP                    | RX/OTC                                        | EMBECTA PEN NEEDLE NANO             | NP                    | RX/OTC                 |
| SIMPLERA SENSOR                | NP                    |                                               | EMBECTA PEN NEEDLE NANO             | P                     | RX/OTC                 |
| SIMPLERA SYNC SENSOR           | NP                    |                                               | EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN       | NP                    | RX/OTC                 |
| SIMPLERA SYSTEM                | NP                    |                                               | EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN       | P                     | RX/OTC                 |
| TEMPO WELCOME KIT              | NP                    | RX/OTC                                        | EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE        | NP                    |                        |
| Dispositivos varios            |                       |                                               | EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE        | P                     |                        |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               | Nombre del medicamento            | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| EMBRACE PEN NEEDLES                   | NP                    | RX/OTC                                               | ACTIVITY POUCH MISC               | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| GNP PEN NEEDLES                       | NP                    | RX/OTC                                               | ADAPTER PED DISPOSABLE MISC       | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| INSULIN SYRINGES                      | P                     | QL (5 cada día); OTC                                 | ADULT AEROSOL MASK MISC           | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| INSULIN SYRINGES-MISC                 | P                     | QL (5 cada día); RX/OTC                              | ADULT DISPOSABLE MISC             | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| INSUPEN PEN NEEDLES                   | NP                    | RX/OTC                                               | ADULT MASK LARGE MISC             | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP                | NP                    | RX/OTC                                               | AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PEN NEEDLES                           | NP                    | RX/OTC                                               | AEROECLIPSE MASK LARGE MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE        | NP                    | RX/OTC                                               | AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE        | NP                    |                                                      | AEROECLIPSE MASK SMALL MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES              | NP                    | RX/OTC                                               | AEROTRACH PLUS MISC               | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES             | NP                    | RX/OTC                                               | AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| TRUE COMFORT PEN NEEDLES              | NP                    | RX/OTC                                               | AIRZONE PEAK FLOW METER           | P                     | RX/OTC                                               |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES          | NP                    | RX/OTC                                               | ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE        | NP                    | RX/OTC                                               | ASSESS PEAK FLOW METER            | P                     | RX/OTC                                               |
| ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE          | NP                    | RX/OTC                                               | BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES               | NP                    | RX/OTC                                               | BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE            | NP                    | RX/OTC                                               | BREATHE EASE PEAK FLOW METER      | P                     | RX/OTC                                               |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE        | NP                    | RX/OTC                                               |                                   |                       |                                                      |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE           | NP                    | RX/OTC                                               |                                   |                       |                                                      |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE              | NP                    | RX/OTC                                               |                                   |                       |                                                      |
| Suministros para terapia respiratoria |                       |                                                      |                                   |                       |                                                      |
| ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |                                   |                       |                                                      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                  | Nombre del medicamento             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | EASY FLOW AIR NOZZLE MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC   | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | EASY FLOW HEPA FILTER MISC         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC    | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | EBASE CONTROLLER KIT MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC         | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC   | P                     | QL(1 ML cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | FILTER AIR PP MISC                 | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER       | P                     | RX/OTC                                                  | FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| DISPOSABLE FULL RANGE MISC          | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | FULL KIT NEBULIZER SET MISC        | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| DISPOSABLE LOW RANGE MISC           | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| DISPOSABLE PAPER MISC               | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC      | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC     | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | LITETOUCH MASK LARGE MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| EASY FLOW 300 MM HOSE MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | LITETOUCH MASK MEDIUM MISC         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| EASY FLOW 400 MM HOSE MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC    | LITETOUCH MASK SMALL MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               | Nombre del medicamento             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| LUNG PERFORM PEAK FLOW METER       | P                     | RX/OTC                                               | PANDA MASK MEDIUM                  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| MASK VORTEX/CHILD/FROG             | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PANDA MASK SMALL                   | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| MASK VORTEX/TODDLER/LAD YBUG       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW        | P                     | RX/OTC                                               | PARI BABY CONVERSION KIT MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| MINI WRIGHT PEAK FLOW METER        | P                     | RX/OTC                                               | PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK MISC   | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI    | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC   | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI MASK SET MISC                 | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NEBULIZER MASK ADULT MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NEBULIZER MASK CHILD MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC    | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| NOSE CLIP MISC                     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI VORTEX ADULT MASK             | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PARI VORTEX PEDIATRIC MASK         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| ONE FLOW TESTER MISC               | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PEAK A-I-R FLOW METER              | P                     | RX/OTC                                               |
| ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC     | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PEAK AIR PEAK FLOW METER           | P                     | RX/OTC                                               |
| ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC    | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG     | P                     | RX/OTC                                               |
| PANDA MASK LARGE                   | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | PED DISPOSABLE MISC                | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               | Nombre del medicamento                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                               |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PEDIATRIC PANDA MASK               | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC      | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PERSONAL BEST FULL RANGE           | P                     | RX/OTC                                               | SAMI THE SEAL FILTERS MISC              | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PFLEX MISC                         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC  | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PIKO 1                             | P                     | RX/OTC                                               | SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC     | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PILLOW MASK/ADULT MISC             | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SILICONE MASK/ADULT MISC                | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PILLOW MASK/CHILD MISC             | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SILICONE MASK/INFANT MISC               | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC            | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| POCKET PEAK FLOW METER             | P                     | RX/OTC                                               | SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| POCKETPEAK PEAK FLOW METER         | P                     | RX/OTC                                               | SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PRONEB ULTRA FILTER SET MISC       | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC          | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PURE COMFORT FLOW METER ADULT      | P                     | RX/OTC                                               | SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC         | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |
| PURE COMFORT FLOW METER CHILD      | P                     | RX/OTC                                               | SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES | P                     | QL (3 cada 180 días de venta al por menor)           |
| PURE COMFORT PEAK FLOW MISC        | P                     | QL(1 cada 180 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS         | P                     | QL (2 cada 360 días de venta al por menor)           |
| REPLACEMENT AIR FILTER MISC        | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC | SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC     | P                     | RX/OTC                                               |
| REPLACEMENT FILTERS MISC           | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |                                         |                       |                                                      |
| REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC | P                     | QL(1 cada 360 días de venta al por menor);<br>RX/OTC |                                         |                       |                                                      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                        | Nombre del medicamento                                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| STRIVE DUAL ZONE<br>PEAK FLOW MTR                                                      | P                     | RX/OTC                                                                        | IMITREX STATDOSE<br>SYSTEM SOAJ 6<br>MG/0.5ML ( <i>Use<br/>sumatriptan succinate</i> ) | NP                    | QL(2 ML cada<br>30 días de venta<br>al por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)   |
| THRESHOLD IMT MISC                                                                     | P                     | QL(1 cada 360<br>días de venta al<br>por menor);<br>RX/OTC                    | IMITREX TABS ( <i>Use<br/>sumatriptan succinate</i> )                                  | NP                    | QL(9 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)      |
| TRUZONE PEAK FLOW<br>METER                                                             | P                     | RX/OTC                                                                        | MAXALT-MLT TBDP 10<br>MG ( <i>Use rizatriptan<br/>benzoate</i> )                       | NP                    | QL(0.4 cada<br>día)                                                             |
| TUBING/WING TIP MISC                                                                   | P                     | QL(1 cada 360<br>días de venta al<br>por menor);<br>RX/OTC                    | MAXALT TABS 10 MG<br>( <i>Use rizatriptan benzoate</i> )                               | NP                    | QL(12 cada 30<br>días de venta al<br>por menor); AL(AI<br>menos 6 años)         |
| ULTRA NEB<br>ACCESSORIES KIT MISC                                                      | P                     | QL(1 cada 360<br>días de venta al<br>por menor);<br>RX/OTC                    | <i>naratriptan hcl</i>                                                                 | P                     | QL(9 cada 30<br>días de venta al<br>por menor); AL(AI<br>menos 18 años)         |
| WINDMILL TRAINER<br>MISC                                                               | P                     | QL(1 cada 360<br>días de venta al<br>por menor);<br>RX/OTC                    | RELPAK ( <i>Use eletriptan<br/>hydrobromide</i> )                                      | NP                    | QL(6 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 18<br>años)      |
| <b>PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA -<br/>Medicamentos para tratar la migraña</b>           |                       |                                                                               | <i>rizatriptan benzoate TABS</i>                                                       | P                     | QL(12 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 6<br>años)      |
| Combinaciones contra la migraña                                                        |                       |                                                                               | <i>rizatriptan benzoate TBDP</i>                                                       | P                     | QL(0.4 cada<br>día)                                                             |
| CAFERGOT TABS ( <i>Use<br/>ergotamine w/ caffeine</i> )                                | NP                    | AL(AI menos<br>18 años)                                                       | <i>sumatriptan</i>                                                                     | P                     | QL(6 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)      |
| <i>ergotamine w/ caffeine<br/>TABS</i>                                                 | P                     | AL(AI menos<br>18 años)                                                       | <i>sumatriptan succinate<br/>SOAJ 6 MG/0.5ML</i>                                       | P                     | QL(2 ML cada<br>30 días de venta<br>al por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)   |
| Productos contra la migraña                                                            |                       |                                                                               | <i>sumatriptan succinate<br/>SOCT 6 MG/0.5ML</i>                                       | P                     | QL(2 ML cada<br>30 días de venta<br>al por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)   |
| <i>dihydroergotamine<br/>mesylate SOLN NA 4<br/>MG/ML</i>                              | P                     | AL(AI menos<br>18 años)                                                       | <i>sumatriptan succinate<br/>SOLN 6 MG/0.5ML</i>                                       | P                     | QL(2.5 ML cada<br>30 días de<br>venta al por<br>menor); AL(AI<br>menos 12 años) |
| MIGRANAL SOLN NA<br>( <i>Use dihydroergotamine<br/>mesylate</i> )                      | NP                    | AL(AI menos<br>18 años)                                                       |                                                                                        |                       |                                                                                 |
| Agonistas de la serotonina                                                             |                       |                                                                               |                                                                                        |                       |                                                                                 |
| <i>eletriptan hydrobromide</i>                                                         | P                     | QL(6 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 18<br>años)    |                                                                                        |                       |                                                                                 |
| IMITREX 5 MG/ACT, 20<br>MG/ACT ( <i>Use<br/>sumatriptan</i> )                          | NP                    | QL(6 cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años)    |                                                                                        |                       |                                                                                 |
| IMITREX STATDOSE<br>REFILL SOCT 6<br>MG/0.5ML ( <i>Use<br/>sumatriptan succinate</i> ) | NP                    | QL(2 ML cada 30<br>días de venta al<br>por menor);<br>AL(AI menos 12<br>años) |                                                                                        |                       |                                                                                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                            | Nombre del medicamento                                                                                                                                                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <i>sumatriptan succinate</i><br>TABS                                                                                   | P                     | QL(9 cada 30 días de venta al por menor);<br>AL(AI menos 12 años) | <i>oyster shell</i>                                                                                                                                                           | P                     | OTC                                  |
| <i>zolmitriptan</i> SOLN 5 MG                                                                                          | P                     | QL(6 cada 30 días de venta al por menor);<br>AL(AI menos 12 años) | OYSTER SHELL<br>CALCIUM/D TABS 500<br>MG-200 UNIT                                                                                                                             | P                     | OTC                                  |
| <i>zolmitriptan</i> TABS                                                                                               | P                     | QL(6 cada 30 días de venta al por menor);<br>AL(AI menos 18 años) | PARVA-CAL 200 UNIT-<br>500 MG                                                                                                                                                 | P                     | OTC                                  |
| <i>zolmitriptan</i> TBDP                                                                                               | P                     | QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)    | QC CALCIUM 500MG-D3<br>TABS                                                                                                                                                   | P                     | OTC                                  |
| ZOMIG SOLN 5 MG ( <i>Use</i><br><i>zolmitriptan</i> )                                                                  | NP                    | QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)    | Mezclas de electrolitos                                                                                                                                                       |                       |                                      |
| <b>MINERALES Y ELECTROLITOS</b>                                                                                        |                       |                                                                   | BIOLYTE SOLN                                                                                                                                                                  | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| Calcio                                                                                                                 |                       |                                                                   | CERASPORT EX1 SOLN                                                                                                                                                            | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| CALCIUM 600 +D HIGH<br>POTENCY TABS                                                                                    | P                     | OTC; QL(2 cada día)                                               | CERASPORT SOLN                                                                                                                                                                | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> TABS 10<br>MCG-600 MG, 20 MCG-<br>600 MG, 400 UNIT-600<br>MG, 800 UNIT-600 MG | P                     | QL(2 cada día)                                                    | ENFAMIL ENFALYTE<br>SOLN                                                                                                                                                      | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> TABS 200<br>UNIT-500 MG, 5 MCG-<br>500 MG, 500 MG-5 MCG                       | P                     | OTC                                                               | EQUALYTE SOLN ( <i>Use</i><br><i>oral electrolytes</i> )                                                                                                                      | NP                    | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| <i>calcium carbonate-vitamin</i><br><i>d</i> TABS 125 UNIT-250<br>MG, 250 MG-125 UNIT                                  | P                     | OTC                                                               | FT ELECTROLYTE SOLN                                                                                                                                                           | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| <i>calcium carbonate-vitamin</i><br><i>d</i> TABS 600 MG-200<br>UNIT                                                   | P                     | OTC; QL(2 cada día)                                               | GNP ELECTROLYTE<br>SOLUTION SOLN 280<br>MG/360ML-370<br>MG/360ML-2.8<br>MG/360ML-440<br>MG/360ML, 9 GM/360ML-<br>280 MG/360ML-370<br>MG/360ML-2.8<br>MG/360ML-440<br>MG/360ML | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| CALTRATE 600+D3 TABS<br>( <i>Use calcium carbonate-cholecalciferol</i> )                                               | NP                    | QL(2 cada día)                                                    | GOODSENSE<br>ELECTROLYTE ADV<br>CARE SOLN                                                                                                                                     | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
| CALTRATE BONE<br>HEALTH TABS ( <i>Use</i><br><i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> )                                | NP                    | QL(2 cada día)                                                    | HYDRALYTE FREEZER<br>POPS SOLN                                                                                                                                                | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
|                                                                                                                        |                       |                                                                   | HYDRALYTE SOLN                                                                                                                                                                | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
|                                                                                                                        |                       |                                                                   | KINDERLYTE PREMAX<br>SOLN                                                                                                                                                     | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
|                                                                                                                        |                       |                                                                   | KINDERLYTE SOLN                                                                                                                                                               | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |
|                                                                                                                        |                       |                                                                   | <i>oral electrolytes</i> SOLN                                                                                                                                                 | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites               | Nombre del medicamento                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN ( <i>Use oral electrolytes</i> )                                  | NP                    | QL(1000 ML por surtido al por menor) | K-TAB TBCR 10 MEQ ( <i>Use potassium chloride</i> ) | NP                    |                                  |
| PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN ( <i>Use oral electrolytes</i> )                                   | NP                    | QL(1000 ML por surtido al por menor) | K-TAB TBCR 20 MEQ ( <i>Use potassium chloride</i> ) | NF                    |                                  |
| PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN                                                                  | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) | potassium bicarbonate TBEF                          | P                     |                                  |
| PEDIALYTE SINGLES SOLN ( <i>Use oral electrolytes</i> )                                        | NP                    | QL(1000 ML por surtido al por menor) | potassium chloride microencapsulated crystals er    | P                     |                                  |
| PEDIALYTE SOLN ( <i>Use oral electrolytes</i> )                                                | NP                    | QL(1000 ML por surtido al por menor) | potassium chloride CPCR 8 MEQ                       | P                     | QL(1 cada día)                   |
| TRUELYTE SOLN                                                                                  | P                     | QL(1000 ML por surtido al por menor) | potassium chloride CPCR 10 MEQ                      | P                     |                                  |
| Flúor                                                                                          |                       |                                      | potassium chloride PACK PO 20 MEQ                   | P                     |                                  |
| sodium fluoride CHEW                                                                           | P                     | AL(Hasta 15 años)                    | potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 %         | P                     |                                  |
| sodium fluoride SOLN                                                                           | P                     | AL(Hasta 15 años); RX/OTC            | potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ               | P                     |                                  |
| SOLUVITA SOLN                                                                                  | P                     | AL(Hasta 15 años); RX/OTC            | Zinc                                                |                       |                                  |
| Magnesio                                                                                       |                       |                                      | zinc sulfate CAPS                                   | P                     | QL(100 por surtido al por menor) |
| MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS                                                                  | P                     | OTC                                  | CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS                          |                       |                                  |
| magnesium oxide (mg supplement) TABS 241.5 MG, 400 MG, 400 MG                                  | P                     | OTC                                  | Tejido alogénico                                    |                       |                                  |
| MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS                                                            | P                     | OTC                                  | RETHYMIC                                            | P                     | SP; PA                           |
| MAGOX 400 TABS ( <i>Use magnesium oxide (mg supplement)</i> )                                  | NP                    | OTC                                  | Agentes quelantes                                   |                       |                                  |
| Fosfato                                                                                        |                       |                                      | DEPEN TITRATABS TABS ( <i>Use penicillamine</i> )   | NP                    |                                  |
| K-PHOS-NEUTRAL ( <i>Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic &amp; monobasic</i> ) | NP                    | QL(8 cada día)                       | penicillamine TABS                                  | P                     |                                  |
| pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic                                   | P                     | QL(8 cada día)                       | SYPRINE ( <i>Use trientine hcl</i> )                | NP                    | SP; PA                           |
| Potasio                                                                                        |                       |                                      | trientine hcl 500 MG                                | P                     | SP                               |
|                                                                                                |                       |                                      | trientine hcl 250 MG                                | P                     | SP; PA                           |
|                                                                                                |                       |                                      | Enzimas                                             |                       |                                  |
|                                                                                                |                       |                                      | XIAFLEX                                             | P                     | SP; PA                           |
|                                                                                                |                       |                                      | Medicamentos contra la incontinencia fecal          |                       |                                  |
|                                                                                                |                       |                                      | SOLESTA                                             | P                     | SP; PA                           |
|                                                                                                |                       |                                      | Inmunomoduladores                                   |                       |                                  |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>lenalidomide</i>                                                  | P                     | SP; PA             | NEORAL SOLN ( <i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i> )         | NP                    |                    |
| REVLIMID                                                             | P                     | SP; PA             | NULOJIX                                                                      | P                     | SP; PA             |
| REZUROCK                                                             | P                     | SP; PA             | PROGRAF CAPS ( <i>Use tacrolimus</i> )                                       | NP                    |                    |
| THALOMID                                                             | P                     | SP; PA             | PROGRAF PACK                                                                 | P                     | PA                 |
| VYVGART                                                              | P                     | SP; PA             | RAPAMUNE SOLN ( <i>Use sirolimus</i> )                                       | NP                    |                    |
| Medicamentos inmunosupresores                                        |                       |                    | RAPAMUNE TABS ( <i>Use sirolimus</i> )                                       | NP                    |                    |
| ATGAM                                                                | P                     | SP; PA             | SANDIMMUNE CAPS ( <i>Use cyclosporine</i> )                                  | NP                    |                    |
| <i>azathioprine</i> TABS 75 MG, 100 MG                               | P                     | PA                 | SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML                                                  | P                     |                    |
| <i>azathioprine</i> TABS 50 MG                                       | P                     |                    | <i>sirolimus</i> SOLN                                                        | P                     |                    |
| CELLCEPT CAPS ( <i>Use mycophenolate mofetil</i> )                   | NP                    |                    | <i>sirolimus</i> TABS                                                        | P                     |                    |
| CELLCEPT SUSR ( <i>Use mycophenolate mofetil</i> )                   | NP                    |                    | <i>tacrolimus</i> CAPS                                                       | P                     |                    |
| CELLCEPT TABS ( <i>Use mycophenolate mofetil</i> )                   | NP                    |                    | THYMOGLOBULIN                                                                | P                     | SP; PA             |
| <i>cyclosporine</i> modified ( <i>for microemulsion</i> ) CAPS       | P                     |                    | Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos                  |                       |                    |
| <i>cyclosporine</i> modified ( <i>for microemulsion</i> ) SOLN       | P                     |                    | SYLVANT                                                                      | P                     | SP; PA             |
| <i>cyclosporine</i> CAPS                                             | P                     |                    | Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS) |                       |                    |
| <i>cyclosporine</i> SOLN IV 50 MG/ML                                 | P                     |                    | VIJOICE TBPK                                                                 | P                     | SP; PA             |
| ENSPRYNG                                                             | P                     | SP; PA             | Medicamentos eliminadores de potasio                                         |                       |                    |
| GAMIFANT                                                             | P                     | SP; PA             | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> POWD                                     | P                     |                    |
| IMURAN TABS ( <i>Use azathioprine</i> )                              | NP                    |                    | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> SUSP CO 15 GM/60ML                       | P                     |                    |
| LUPKYNIS                                                             | P                     | SP; PA             | Medicamentos para el tratamiento de la progeria                              |                       |                    |
| <i>mycophenolate mofetil</i> CAPS                                    | P                     |                    | ZOKINVY                                                                      | P                     | SP; PA             |
| <i>mycophenolate mofetil</i> SUSR                                    | P                     |                    | Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico                      |                       |                    |
| <i>mycophenolate mofetil</i> TABS                                    | P                     |                    | BENLYSTA SOAJ                                                                | P                     | SP; PA             |
| <i>mycophenolate sodium</i>                                          | P                     |                    | BENLYSTA SOLR                                                                | P                     | SP; PA             |
| MYFORTIC ( <i>Use mycophenolate sodium</i> )                         | NP                    |                    | BENLYSTA SOSY                                                                | P                     | SP; PA             |
| NEORAL CAPS ( <i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ) | NP                    |                    | SAPHNELO                                                                     | P                     | SP; PA             |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

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

| Nombre del medicamento                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| 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 MOIST 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 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 |
| MOUTH KOTE SOLN                                    | P                     | QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC |
| NUMOISYN LIQD                                      | P                     | QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC |
| ORAL RELIEF SPRAY 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)                              |
| <b>MULTIVITAMINAS</b>                              |                       |                                             |
| Vitaminas del complejo B                           |                       |                                             |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                      | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites      | Nombre del medicamento                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                        |
|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| <i>b-complex vitamins CAPS</i>              | P                     | OTC; QL(1 cada día)         | MULTI VITAMIN TABS                                       | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| <i>b-complex vitamins TABS</i>              | P                     | QL(1 cada día)              | <i>multiple vitamin TABS</i>                             | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| Complejo B con C                            |                       |                             | MULTIVITAMIN ADULT TABS                                  | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| <i>b complex w/ c CAPS</i>                  | P                     | OTC; QL(1 cada día)         | MULTIVITAMIN TABS                                        | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| Complejo B con ácido fólico                 |                       |                             | NEOMULTIVITE TABS                                        | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| <i>b-complex w/ c &amp; folic acid CAPS</i> | P                     | QL(1 cada día); RX/OTC      | OMNICAP TABS                                             | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| <i>b-complex w/ c &amp; folic acid TABS</i> | P                     | QL(1 cada día); RX/OTC      | ONE DAILY ESSENTIALS TABS                                | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| Multivitaminas con hierro                   |                       |                             | ONE DAILY ESSENTIAL TABS                                 | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| DESTRESS-IRON TABS                          | P                     | OTC; QL(1 cada día)         | ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS                         | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| <i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>       | P                     | OTC; QL(1 cada día)         | ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS ( <i>Use multiple vitamin</i> ) | NP                    | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS          | P                     | OTC; QL(1 cada día)         | ONE-A-DAY MENS TABS ( <i>Use multiple vitamin</i> )      | NP                    | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| Multivitaminas con minerales                |                       |                             | QUINTABS TABS                                            | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS          | P                     | RX/OTC                      | RELCARE TABS                                             | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS       | P                     | RX/OTC                      | STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS                          | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| Multivitaminas                              |                       |                             | THERA TABS                                               | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| ALTRIXA TABS                                | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | THEREMS TABS                                             | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| AMLADEX TABS                                | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | TM-DAILY VITE TABS                                       | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS                | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | TRUE MULTIVITAMIN TABS                                   | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC                                   |
| ESTROFACTORS TABS                           | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro            |                       |                                                               |
| FOLCYTEINE TABS                             | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | <i>ped multivitamins w/fl &amp; iron SOLN</i>            | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| GENICIN VITA-Q TABS                         | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC | Multivitaminas pediátricas con minerales                 |                       |                                                               |
| HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS              | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC |                                                          |                       |                                                               |
| MINCORA TABS                                | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC |                                                          |                       |                                                               |
| MULTI VITAMIN W/D-3 TABS                    | P                     | OTC; QL(1 cada día); RX/OTC |                                                          |                       |                                                               |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                        | Nombre del medicamento                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                        |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS        | P                     | RX/OTC                                                        | <i>pediatric multivitamins w/fl SOLN</i>       | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| Multivitaminas pediátricas con flúor                   |                       |                                                               | <i>pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN</i> | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG                         | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     | POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG                       | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     |
| FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG                           | P                     | RX/OTC                                                        | POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG                | P                     | RX/OTC                                                        |
| FLORAFOL PEDIATRIC SOLN                                | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC | QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG                  | 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 | QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG           | P                     | RX/OTC                                                        |
| FLOTREX CHEW 0.5 MG                                    | 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 |
| FLOTREX CHEW 0.25 MG                                   | P                     | RX/OTC                                                        | SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN                | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG             | P                     | RX/OTC                                                        | SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN                    | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 0.5 MG                    | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     | TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE SOLN 0.25 MG/ML      | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG                      | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     | VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN                     | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC |
| MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG               | P                     | RX/OTC                                                        | Multivitaminas pediátricas con hierro          |                       |                                                               |
| MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN                             | P                     | QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC | BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN             | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)                       |
| MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG                             | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     | ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML         | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)                       |
| MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG                      | P                     | RX/OTC                                                        | MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN                   | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)                       |
| <i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG</i>        | P                     | QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC                     |                                                |                       |                                                               |
| <i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG</i> | P                     | RX/OTC                                                        |                                                |                       |                                                               |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                  | Nombre del medicamento                                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN                                                                   | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor) | <i>baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i> | P                     | SP; PA                 |
| PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN                                                                  | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor) | <i>baclofen TABS</i>                                                           | P                     |                        |
| POLY-VITA/IRON SOLN                                                                                  | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor) | <i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>                                               | P                     |                        |
| POLY-VITE/IRON SOLN                                                                                  | P                     | OTC; QL(60 ML por surtido al por menor) | <i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>                                    | P                     | QL(3 cada día)         |
| Multivitaminas pediátricas                                                                           |                       |                                         | <i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>                                         | P                     | QL(4 cada día)         |
| BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO                                                                   | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i> )                                        | NP                    | SP; PA                 |
| MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO                                                                | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML                                | P                     | SP; PA                 |
| PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO                                                               | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | LIORESAL SOLN IT                                                               | P                     | SP; PA                 |
| POLY-VI-SOL SOLN PO                                                                                  | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | LIORESAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i> )                                        | NP                    | SP; PA                 |
| POLY-VITA SOLN PO                                                                                    | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | <i>methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG</i>                                       | P                     |                        |
| POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO                                                                          | P                     | OTC; QL(50 ML por surtido al por menor) | <i>orphenadrine citrate TB12</i>                                               | P                     |                        |
| Vitaminas prenatales                                                                                 |                       |                                         | <i>tizanidine hcl TABS</i>                                                     | P                     |                        |
| PRENATAL VITAMINS-MISC                                                                               | P                     | RX/OTC                                  | ZANAFLEX TABS 4 MG (Use <i>tizanidine hcl</i> )                                | NP                    |                        |
| Vitaminas con lipotrópicos                                                                           |                       |                                         | Viscosuplementos                                                               |                       |                        |
| <i>vitamins w/ lipotropics CAPS</i>                                                                  | P                     | OTC; QL(1 cada día)                     | DUROLANE PRSY                                                                  | P                     | SP; PA                 |
| MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos |                       |                                         | EUFLEXXA SOSY                                                                  | P                     | SP; PA                 |
| Terapia reparadora del cartílago articular                                                           |                       |                                         | GEL-ONE                                                                        | P                     | SP; PA                 |
| MACI                                                                                                 | P                     | SP; PA                                  | GELSYN-3 SOSY                                                                  | P                     | SP; PA                 |
| Relajantes musculares centrales                                                                      |                       |                                         | GENVISC 850 SOSY                                                               | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | HYALGAN SOLN                                                                   | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | HYALGAN SOSY                                                                   | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | HYMOVIS                                                                        | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | HYRONAN KIT                                                                    | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | MONOVISC                                                                       | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | ORTHOVISC                                                                      | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | SUPARTZ FX SOSY                                                                | P                     | SP; PA                 |
|                                                                                                      |                       |                                         | SYNOJOYNT SOSY                                                                 | P                     | SP; PA                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                      | Nombre del medicamento                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| SYNVISC ONE SOSY                                                                                                                                 | P                     | SP; PA                                                      | FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i> ) | NP                    | QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC                        |
| SYNVISC SOSY                                                                                                                                     | P                     | SP; PA                                                      | <i>flunisolide (nasal)</i>                                               | P                     | QL(25 ML cada 30 días de venta al por menor)                      |
| TRILURON SOSY                                                                                                                                    | P                     | SP; PA                                                      | <i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i>                               | P                     | QL(16 GM por surtido al por menor); RX/OTC                        |
| TRIVISC SOSY                                                                                                                                     | P                     | SP; PA                                                      | NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use <i>triamcinolone acetonide (nasal)</i> ) | NP                    | AL(AI menos 2 años)                                               |
| VISCO-3 SOSY                                                                                                                                     | P                     | SP; PA                                                      | <i>triamcinolone acetonide (nasal) AERO</i>                              | P                     | AL(AI menos 2 años)                                               |
| <b>MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales</b> |                       |                                                             | <b>Descongestionantes simpaticomiméticos</b>                             |                       |                                                                   |
| Medicamentos de uso nasal - varios                                                                                                               |                       |                                                             | ADRENALIN 0.1 % (Use <i>epinephrine hcl (nasal)</i> )                    | NP                    | QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)            |
| FT SALINE NASAL SPRAY SOLN                                                                                                                       | P                     | OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años) | <i>epinephrine hcl (nasal)</i>                                           | P                     | QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)            |
| LITTLE REMEDIES SALINE SOLN                                                                                                                      | P                     | OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años) | <i>phenylephrine hcl (oral) TABS</i>                                     | P                     | OTC; QL(24 por surtido al por menor)                              |
| SALINE NASAL SPRAY 0.65%                                                                                                                         | P                     | OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años) | <i>pseudoephedrine hcl TABS</i>                                          | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                            |
| <b>Antialérgicos nasales</b>                                                                                                                     |                       |                                                             | <i>pseudoephedrine hcl TB12</i>                                          | P                     | OTC; QL(62 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años) |
| <i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>                                                                                                    | P                     | QL(30 ML por surtido al por menor); RX/OTC                  | SUDAFED CHILDRENS LIQD                                                   | P                     | OTC; AL(Hasta 21 años)                                            |
| <i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>                                                                                                       | P                     |                                                             | SUDAFED PE CHILDRENS SOLN                                                | P                     | OTC; QL(120 ML por surtido al por menor)                          |
| <i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>                                                                                                        | P                     | OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)           | SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use <i>phenylephrine hcl (oral)</i> )  | NP                    | OTC; QL(24 por surtido al por menor)                              |
| NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i> )                                                                                                  | NP                    | OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)           | SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use <i>pseudoephedrine hcl</i> )          | NP                    | OTC; AL(Hasta 21 años)                                            |
| <b>Anticolinérgicos nasales</b>                                                                                                                  |                       |                                                             |                                                                          |                       |                                                                   |
| <i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>                                                                                                        | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)                |                                                                          |                       |                                                                   |
| <i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>                                                                                                        | P                     | QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)                |                                                                          |                       |                                                                   |
| <b>Esteroides nasales</b>                                                                                                                        |                       |                                                             |                                                                          |                       |                                                                   |
| FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i> )                                                                  | NP                    | QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC                  |                                                                          |                       |                                                                   |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites  | Nombre del medicamento | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| SUDAFED TABS ( <i>Use pseudoephedrine hcl</i> )                                            | NP                    | OTC; AL (Hasta 21 años) | ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| <b>MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES -<br/>Medicamentos para relajar/paralizar los músculos</b> |                       |                         | ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos contra la esclerosis lateral<br>amiotrófica (ALS)                             |                       |                         | ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| edaravone SOLN                                                                             | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| EXSERVAN FILM                                                                              | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| RADICAVA ORS<br>STARTER KIT SUSP                                                           | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| RADICAVA ORS SUSP                                                                          | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| RADICAVA SOLN ( <i>Use edaravone</i> )                                                     | NP                    | SP; PA                  | ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| RILUTEK TABS ( <i>Use riluzole</i> )                                                       | NP                    | PA                      | ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| <i>riluzole</i> TABS                                                                       | P                     | PA                      | ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| TEGLUTIK SUSP                                                                              | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| TIGLUTIK SUSP                                                                              | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos contra la distrofia muscular                                                  |                       |                         | ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| AMONDYS 45                                                                                 | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| EXONDYS 51                                                                                 | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG | P                     | SP; PA                 |
| VILTEPSO                                                                                   | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG   | P                     | SP; PA                 |
| VYONDYS 53                                                                                 | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos contra la atrofia muscular espinal<br>(SMA)                                   |                       |                         | ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG   | P                     | SP; PA                 |
| EVRYSDI                                                                                    | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG   | P                     | SP; PA                 |
| SPINRAZA                                                                                   | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  | ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG   | P                     | SP; PA                 |
| ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG                                                                     | P                     | SP; PA                  |                        |                       |                        |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                        | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                            | Nombre del medicamento                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG                                                                          | P                     | SP; PA                                            | <i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>                                 | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG                                                                          | P                     | SP; PA                                            | <i>levobunolol hcl 0.5 %</i>                                           | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG                                                                          | P                     | SP; PA                                            | <i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>                                    | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG                                                                          | P                     | SP; PA                                            | TIMOPTIC OCUDOSE SOLN ( <i>Use timolol maleate (ophth)</i> )           | NP                    | QL(15 cada 30 días de venta al por menor)    |
| ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG                                                                          | P                     | SP; PA                                            | TIMOPTIC SOLN ( <i>Use timolol maleate (ophth)</i> )                   | NP                    | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG                                                                         | P                     | SP; PA                                            | Midriáticos ciclopléjicos                                              |                       |                                              |
| <b>NUTRIENTES</b>                                                                             |                       |                                                   | <i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>                              | P                     |                                              |
| Carbohidratos                                                                                 |                       |                                                   | <i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>                              | P                     |                                              |
| POLYCOSE LIQD                                                                                 | P                     | OTC; QL(124 ML por surtido al por menor)          | ATROPINE SULFATE SOLN 1 %                                              | P                     |                                              |
| POLYCOSE POWD                                                                                 | P                     | OTC; QL(350 GM por surtido al por menor)          | ATROPINE SULFATE SOLN 1 % ( <i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i> ) | NP                    |                                              |
| Lípidos                                                                                       |                       |                                                   | CYCLOGYL 2 %                                                           | P                     |                                              |
| DOJOLVI                                                                                       | P                     | SP; PA                                            | CYCLOGYL 0.5 %                                                         | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| Sustancias nutritivas varias                                                                  |                       |                                                   | CYCLOGYL ( <i>Use cyclopentolate hcl</i> )                             | NP                    |                                              |
| <i>omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 1200 MG</i>                                              | P                     | OTC; QL(6 cada día)                               | <i>cyclopentolate hcl 1 %</i>                                          | P                     |                                              |
| <i>omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG</i>                                                       | P                     | QL(6 cada día)                                    | <i>homatropine hbr</i>                                                 | P                     | QL(15 ML por surtido al por menor)           |
| <b>MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos</b> |                       |                                                   | ISOPTO ATROPINE SOLN                                                   | P                     |                                              |
| Lágrimas y lubricantes artificiales                                                           |                       |                                                   | MYDRIACYL SOLN ( <i>Use tropicamide</i> )                              | NP                    |                                              |
| <i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>                                                                | P                     | OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor) | <i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>                        | P                     | QL(5 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)           | PHENYLEPHRINE HCL SOLN ( <i>Use phenylephrine hcl (mydriatic)</i> )    | NP                    | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)  |
| Betabloqueadores oftálmicos                                                                   |                       |                                                   | <i>tropicamide SOLN</i>                                                | P                     |                                              |
| <i>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>                                                             | P                     |                                                   | <b>Mióticos</b>                                                        |                       |                                              |
| <i>carteolol hcl (ophth)</i>                                                                  | P                     |                                                   | <i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>                              | P                     |                                              |
| COSOPT ( <i>Use dorzolamide hcl-timolol maleate</i> )                                         | NP                    | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)      |                                                                        |                       |                                              |
| DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL                                                                   | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)      |                                                                        |                       |                                              |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                               | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       |
|------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| <b>Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis</b>   |                       |                                              |
| BEVACIZUMAB IZ                                       | P                     | SP; PA                                       |
| BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML                        | P                     | PA                                           |
| EYLEA HD SOLN                                        | P                     | SP; PA                                       |
| EYLEA SOLN                                           | P                     | SP; PA                                       |
| EYLEA SOSY                                           | P                     | SP; PA                                       |
| LUCENTIS SOSY                                        | P                     | SP; PA                                       |
| SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN                      | P                     | SP; PA                                       |
| SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN                        | P                     | SP; PA                                       |
| VABYSMO SOLN                                         | P                     | SP; PA                                       |
| <b>Medicamentos adrenérgicos oftálmicos</b>          |                       |                                              |
| <i>apraclonidine hcl</i>                             | P                     |                                              |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>                    | P                     |                                              |
| IOPIDINE                                             | P                     |                                              |
| <b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>                    |                       |                                              |
| <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                     |                                              |
| CILOXAN SOLN (Use <i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ) | NP                    |                                              |
| <i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN</i>                | P                     |                                              |
| ERYTHROMYCIN                                         | P                     |                                              |
| <i>erythromycin (ophth)</i>                          | P                     |                                              |
| <i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN</i>               | P                     |                                              |
| <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 (Use <i>ofloxacin (ophth)</i> )              | NP                    | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor) |

| Nombre del medicamento                                            | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                            |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| <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)                |
| POLYTRIM (Use <i>polymyxin b-trimethoprim</i> )                   | NP                    | QL(10 ML por surtido al por menor)                |
| <i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT</i>                          | P                     | QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)       |
| <i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN</i>                          | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)      |
| <i>tobramycin (ophth) SOLN</i>                                    | P                     | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)       |
| TOBREX OINT                                                       | P                     |                                                   |
| <i>trifluridine</i>                                               | P                     | QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)       |
| VIGAMOX SOLN OP (Use <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> )            | NP                    | QL(3 ML por surtido al por menor)                 |
| <b>Descongestionantes oftálmicos</b>                              |                       |                                                   |
| <i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>                 | P                     | OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) |
| OPCON-A (Use <i>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 (Use <i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i> ) | NP                    | OTC                                               |
| <b>Terapia génica oftálmica</b>                                   |                       |                                                   |
| LUXTURN A                                                         | P                     | SP; PA                                            |
| <b>Anestésicos oftálmicos locales</b>                             |                       |                                                   |
| <i>tetracaine hcl (ophth)</i>                                     | P                     |                                                   |
| <b>Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica</b>             |                       |                                                   |
| VISUDYNE                                                          | P                     | SP; PA                                            |
| <b>Fotoprotectores oftálmicos</b>                                 |                       |                                                   |
| PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT                                     | P                     | SP; PA                                            |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                       | Nombre del medicamento                                  | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| Esteroides oftálmicos                                                      |                       |                                              | TOBRADEX OINT                                           | P                     | QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)      |
| <i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>                              | P                     |                                              | TOBRADEX SUSP ( <i>Use tobramycin-dexamethasone</i> )   | NP                    | QL(10 ML por surtido al por menor)               |
| DEXTENZA INST                                                              | P                     | SP; PA                                       | <i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>                    | P                     | QL(10 ML por surtido al por menor)               |
| DEXYCU SUSP IO                                                             | P                     | SP; PA                                       | TRIESENCE                                               | P                     | SP; PA                                           |
| <i>fluorometholone (ophth) SUSP</i>                                        | P                     |                                              | XIPERE                                                  | P                     | SP; PA                                           |
| FML LIQUIFILM SUSP ( <i>Use fluorometholone (ophth)</i> )                  | NP                    |                                              | YUTIQ                                                   | P                     | SP; PA                                           |
| ILUVIEN                                                                    | P                     | SP; PA                                       | Productos oftálmicos - varios                           |                       |                                                  |
| MAXITROL OINT ( <i>Use neomycin-polymyx-dexameth</i> )                     | NP                    | QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)  | ACULAR ( <i>Use ketorolac tromethamine (ophth)</i> )    | NP                    | QL(10 ML por surtido al por menor)               |
| MAXITROL SUSP ( <i>Use neomycin-polymyx-dexameth</i> )                     | NP                    | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor) | ACULAR LS ( <i>Use ketorolac tromethamine (ophth)</i> ) | NP                    | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)      |
| <i>neomycin-polymyx-dexameth OINT</i>                                      | P                     | QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)  | ALOCRIAL                                                | P                     | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor); PA  |
| <i>neomycin-polymyx-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 %</i> | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor) | ALOMIDE                                                 | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor); PA |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>                                       | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) | <i>azelastine hcl (ophth)</i>                           | P                     | QL(6 ML cada 30 días de venta al por menor)      |
| OZURDEX IMPL                                                               | P                     | SP; PA                                       | AZOPT ( <i>Use brinzolamide</i> )                       | NP                    |                                                  |
| PRED FORTE ( <i>Use prednisolone acetate (ophth)</i> )                     | NP                    |                                              | <i>brinzolamide</i>                                     | P                     |                                                  |
| PRED MILD                                                                  | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor) | <i>cromolyn sodium (ophth)</i>                          | P                     | QL(10 ML por surtido al por menor)               |
| <i>prednisolone acetate (ophth)</i>                                        | NP                    |                                              | CYSTADROPS                                              | P                     | SP; PA                                           |
| <i>prednisolone acetate (ophth)</i>                                        | P                     |                                              | CYSTARAN                                                | P                     | SP; PA                                           |
| PREDNISOLONE ACETATE P-F                                                   | P                     |                                              | <i>diclofenac sodium (ophth)</i>                        | P                     | QL(3 ML cada 30 días de venta al por menor)      |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE                                              | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor) | <i>dorzolamide hcl</i>                                  | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)     |
| RETISERT                                                                   | P                     | SP; PA                                       | DORZOLAMIDE HCL                                         | P                     | QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)     |
| <i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>                                 | 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) 0.5 %</i>             | P                     | QL(10 ML por surtido al por menor)               |
|                                                                            |                       |                                              | <i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %</i>             | P                     | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>ketotifen fumarate (ophth)</i> 0.035 %                                              | P                     |                                                                                        |
| ZADITOR 0.035 % ( <i>Use ketotifen fumarate (ophth)</i> )                              | NP                    |                                                                                        |
| Prostaglandinas oftálmicas                                                             |                       |                                                                                        |
| <i>latanoprost SOLN</i>                                                                | P                     | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)                                            |
| LATANOPROST SOLN                                                                       | P                     | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)                                            |
| XALATAN SOLN ( <i>Use latanoprost</i> )                                                | NP                    | QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)                                            |
| <b>MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído</b> |                       |                                                                                        |
| Medicamentos óticos - varios                                                           |                       |                                                                                        |
| <i>acetic acid (otic)</i>                                                              | P                     | QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)                                           |
| <i>carbamide peroxide (otic)</i> 6.5 %                                                 | 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                                                                   |                       |                                                                                        |
| <i>CIPRODEX (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 |
| <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)                                           |
| <i>pramoxine-hc-chloroxylenol</i>                                                      | P                     | QL(15 ML por surtido al por menor)                                                     |
| Esteroides óticos                                                                      |                       |                                                                                        |

| Nombre del medicamento                                                                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos/Límites                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| DERMOTIC ( <i>Use fluocinolone acetonide (otic)</i> )                                                                      | NP                    | QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años) |
| <i>fluocinolone acetonide (otic)</i>                                                                                       | P                     | QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años) |
| <i>hydrocortisone w/acetic acid</i>                                                                                        | P                     | QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)            |
| <b>OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas</b>                                          |                       |                                                         |
| Oxitócicos                                                                                                                 |                       |                                                         |
| <i>methylergonovine maleate TABS</i>                                                                                       | P                     |                                                         |
| <b>MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia</b> |                       |                                                         |
| Sueros inmunitarios                                                                                                        |                       |                                                         |
| BIVIGAM SOLN                                                                                                               | P                     | SP; PA                                                  |
| CUTAQUIG                                                                                                                   | P                     | SP; PA                                                  |
| CUVITRU SOLN                                                                                                               | P                     | SP; PA                                                  |
| CYTOGAM SOLN                                                                                                               | P                     | SP; PA                                                  |
| FLEBOGAMMA DIF SOLN                                                                                                        | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMASTAN                                                                                                                   | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMMAGARD                                                                                                                  | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR                                                                                                | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML                                                                    | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMMAPLEX SOLN                                                                                                             | P                     | SP; PA                                                  |
| GAMUNEX-C                                                                                                                  | P                     | SP; PA                                                  |
| HEPAGAM B SOLN IJ                                                                                                          | P                     | SP; PA                                                  |
| HIZENTRA SOLN                                                                                                              | P                     | SP; PA                                                  |
| HIZENTRA SOSY                                                                                                              | P                     | SP; PA                                                  |
| HYPERHEP B SOLN IM                                                                                                         | P                     | SP; PA                                                  |
| HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT                                                                                             | P                     | SP                                                      |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT                                                      | P                     | SP; PA                 |
| MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM                                              | P                     | SP; PA                 |
| NABI-HB SOLN IM                                                                    | P                     | SP; PA                 |
| OCTAGAM SOLN                                                                       | P                     | SP; PA                 |
| PANZYGA                                                                            | P                     | SP; PA                 |
| PRIVIGEN SOLN                                                                      | P                     | SP; PA                 |
| RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM                                                 | P                     | SP                     |
| RHOPHYLAC SOSY IJ                                                                  | P                     | SP; PA                 |
| WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML | P                     | SP; PA                 |
| XEMBIFY                                                                            | P                     | SP; PA                 |
| Anticuerpos monoclonales                                                           |                       |                        |
| BEYFORTUS                                                                          | P                     | SP; PA                 |
| SYNAGIS SOLN                                                                       | P                     | SP; PA                 |
| ZINPLAVA                                                                           | P                     | SP; PA                 |
| Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones                                  |                       |                        |
| HYQVIA                                                                             | P                     | SP; PA                 |
| <b>PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>              |                       |                        |
| Aminopenicilinas                                                                   |                       |                        |
| <i>amoxicillin CAPS</i>                                                            | P                     |                        |
| <i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>                                             | P                     |                        |
| <i>amoxicillin SUSR</i>                                                            | P                     |                        |
| AMOXICILLIN SUSR (Use <i>amoxicillin</i> )                                         | NP                    |                        |
| <i>amoxicillin TABS 875 MG</i>                                                     | P                     |                        |
| <i>ampicillin CAPS 500 MG</i>                                                      | P                     |                        |
| Penicilinas naturales                                                              |                       |                        |
| <i>penicillin v potassium SOLR</i>                                                 | P                     |                        |

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

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites | Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                    |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| Excipientes líquidos            |                       |                        | STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent)                 | NP                    | SP; PA                                    |
| FLAVOR BLEND SUSP               | P                     | RX/OTC                 | SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP                                            | P                     | RX/OTC                                    |
| FLAVOR PLUS LIQD                | P                     | RX/OTC                 | SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP                                   | P                     | RX/OTC                                    |
| FLAVOR SWEET-SF SYRP            | P                     | RX/OTC                 | SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP                                 | P                     | RX/OTC                                    |
| FLAVOR SWEET SYRP               | P                     | RX/OTC                 | SUSPENSION VEHICLE SUSP                                             | P                     | RX/OTC                                    |
| glycine diluent                 | P                     | SP; PA                 | SYRPALTA SYRP                                                       | P                     | RX/OTC                                    |
| GRAPE SYRUP SYRP                | P                     | RX/OTC                 | SYRSPEND SF LIQD                                                    | P                     | RX/OTC                                    |
| MX-SOL BLEND SF SUSP            | P                     | RX/OTC                 | SYRUP VEHICLE SF SYRP                                               | P                     | RX/OTC                                    |
| MX-SOL BLEND SUSP               | P                     | RX/OTC                 | SYRUP VEHICLE SYRP                                                  | P                     | RX/OTC                                    |
| MX-SOL SF SYRP                  | P                     | RX/OTC                 | UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP                                   | P                     | RX/OTC                                    |
| MX-SOL SUSPEND SUSP             | P                     | RX/OTC                 | UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP                                 | P                     | RX/OTC                                    |
| MX-SOL SYRP                     | P                     | RX/OTC                 | VERSAFREE SYRP                                                      | P                     | RX/OTC                                    |
| ORA-BLEND SF SUSP               | P                     | RX/OTC                 | VERSAPLUS SYRP                                                      | P                     | RX/OTC                                    |
| ORA-BLEND SUSP                  | P                     | RX/OTC                 | Excipientes semisólidos                                             |                       |                                           |
| ORAL MIX SF SUSP                | P                     | RX/OTC                 | lanolin XX                                                          | P                     |                                           |
| ORAL MIX SUSP                   | P                     | RX/OTC                 | LANOLIN XX                                                          | P                     |                                           |
| ORAL SUSPEND LIQD               | P                     | RX/OTC                 | PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/<br>modificación hormonal |                       |                                           |
| ORAL SYRUP SF SYRP              | P                     | RX/OTC                 | Progestinas                                                         |                       |                                           |
| ORAL SYRUP SYRP                 | P                     | RX/OTC                 | AYGESTIN TABS (Use norethindrone acetate)                           | NP                    |                                           |
| ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD | P                     | RX/OTC                 | medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG                     | P                     |                                           |
| ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD | P                     | RX/OTC                 | norethindrone acetate TABS                                          | P                     |                                           |
| ORA-PLUS LIQD                   | P                     | RX/OTC                 | progesterone CAPS 200 MG                                            | P                     | QL(20 cada 30 días de venta al por menor) |
| 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                 |                                                                     |                       |                                           |
| SOSWEET SYRP                    | P                     | RX/OTC                 |                                                                     |                       |                                           |
| STERILE DILUENT FLOLAN PH 12    | P                     | SP; PA                 |                                                                     |                       |                                           |

| Nombre del medicamento                                                                                                                | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                           | Nombre del medicamento                                       | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| <i>progesterone CAPS 100 MG</i>                                                                                                       | P                     | QL(30 cada 30 días de venta al por menor)        | <i>rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR</i>                 | P                     | QL(1 cada día); PA                             |
| PROMETRIUM CAPS 200 MG ( <i>Use progesterone</i> )                                                                                    | NP                    | QL(20 cada 30 días de venta al por menor)        | <i>rivastigmine tartrate CAPS</i>                            | P                     | QL(2 cada día); PA                             |
| PROMETRIUM CAPS 100 MG ( <i>Use progesterone</i> )                                                                                    | NP                    | QL(30 cada 30 días de venta al por menor)        | Combinación psicoterapéutica                                 |                       |                                                |
| PROVERA 5 MG, 10 MG ( <i>Use medroxyprogesterone acetate</i> )                                                                        | NP                    |                                                  | <i>perphenazine-amitriptyline</i>                            | P                     | QL(4 cada día)                                 |
| <b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales</b> |                       |                                                  | Medicamentos contra la fibromialgia                          |                       |                                                |
| Medicamentos contra la dependencia química                                                                                            |                       |                                                  | SAVELLA TITRATION PACK MISC                                  | P                     | QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA |
| <i>disulfiram 250 MG</i>                                                                                                              | P                     |                                                  | SAVELLA TABS                                                 | P                     | QL(2 cada día); PA                             |
| Medicamentos contra la demencia                                                                                                       |                       |                                                  | Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento |                       |                                                |
| ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG ( <i>Use donepezil hydrochloride</i> )                                                                       | NP                    | QL(1 cada día)                                   | <i>tetrabenazine</i>                                         | P                     | SP; PA                                         |
| <i>donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG</i>                                                                                       | P                     | QL(1 cada día)                                   | XENAZINE ( <i>Use tetrabenazine</i> )                        | NP                    | SP; PA                                         |
| EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR ( <i>Use rivastigmine</i> )                                                                           | NP                    | QL(1 cada día); PA                               | Medicamentos contra la esclerosis múltiple                   |                       |                                                |
| <i>galantamine hydrobromide CP24</i>                                                                                                  | P                     | QL(1 cada día)                                   | AMPYRA ( <i>Use dalfampridine</i> )                          | NP                    | SP; PA                                         |
| <i>galantamine hydrobromide SOLN</i>                                                                                                  | P                     | QL(6 ML al día)                                  | AUBAGIO ( <i>Use teriflunomide</i> )                         | NP                    | QL(1 cada día); SP                             |
| <i>galantamine hydrobromide TABS</i>                                                                                                  | P                     | QL(2 cada día)                                   | AVONEX PEN AJKT                                              | P                     | SP; PA                                         |
| <i>memantine hcl SOLN</i>                                                                                                             | P                     | QL(2 ML al día); PA                              | AVONEX PREFILLED PSKT                                        | P                     | SP; PA                                         |
| <i>memantine hcl TABS</i>                                                                                                             | P                     | 1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA | BAFIERTAM                                                    | P                     | SP; PA                                         |
| <i>memantine hcl TABS</i>                                                                                                             | P                     | QL(2 cada día); PA                               | COPAXONE SOSY ( <i>Use glatiramer acetate</i> )              | NP                    | SP                                             |
| NAMENDA TITRATION PAK TABS ( <i>Use memantine hcl</i> )                                                                               | NP                    | 1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA | <i>dalfampridine</i>                                         | P                     | SP; PA                                         |
| NAMENDA TABS ( <i>Use memantine hcl</i> )                                                                                             | NP                    | QL(2 cada día); PA                               | <i>dimethyl fumarate CDPK</i>                                | P                     | SP                                             |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | <i>dimethyl fumarate CPDR</i>                                | P                     | SP                                             |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | <i> fingolimod hcl</i>                                       | P                     | QL(1 cada día); SP                             |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | GILENYA ( <i>Use fingolimod hcl</i> )                        | NP                    | QL(1 cada día); SP                             |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | <i>glatiramer acetate SOSY</i>                               | P                     | SP                                             |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | KESIMPTA                                                     | P                     | SP; PA                                         |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ                                   | P                     | SP; PA                                         |
|                                                                                                                                       |                       |                                                  | PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC                                | P                     | SP; PA                                         |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                | Nombre del medicamento                                                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| PLEGRIDY SOAJ                                                       | P                     | SP; PA                                                | NICOTROL NS SOLN                                                                                          | P                     | QL(4 ML al día)                                       |
| PLEGRIDY SOSY IM                                                    | P                     | SP; PA                                                | NICOTROL INHA                                                                                             | P                     | QL(16.8 cada día)                                     |
| REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ                                  | P                     | SP; PA                                                | <i>varenicline tartrate</i> TABS                                                                          | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)                  |
| REBIF REBIDOSE SOAJ                                                 | P                     | SP; PA                                                | <i>varenicline tartrate</i> TBPK                                                                          | P                     | QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años) |
| REBIF TITRATION PACK SOSY                                           | P                     | SP; PA                                                | Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina                                                        |                       |                                                       |
| REBIF SOSY                                                          | P                     | SP; PA                                                | ONPATTRO                                                                                                  | P                     | SP; PA                                                |
| TECFIDERA CDPK ( <i>Use dimethyl fumarate</i> )                     | NP                    | SP                                                    | TEGSEDI                                                                                                   | P                     | SP; PA                                                |
| TECFIDERA CPDR ( <i>Use dimethyl fumarate</i> )                     | NP                    | SP                                                    | <b>MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares</b> |                       |                                                       |
| <i>teriflunomide</i>                                                | P                     | QL(1 cada día); SP                                    | Inhibidor de la alfa-proteinasa (humano)                                                                  |                       |                                                       |
| Medidas disuasorias para fumadores                                  |                       |                                                       | ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG                                                                           | P                     | SP; PA                                                |
| APO-VARENICLINE TABS                                                | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)                  | GLASSIA SOLN                                                                                              | P                     | SP; PA                                                |
| <i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>                            | P                     | QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)                  | PROLASTIN-C SOLN                                                                                          | P                     | SP; PA                                                |
| CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK ( <i>Use varenicline tartrate</i> ) | NP                    | QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años) | PROLASTIN-C SOLR                                                                                          | P                     | SP; PA                                                |
| NICODERM CQ PT24 TD ( <i>Use nicotine</i> )                         | NP                    | QL(1 cada día)                                        | ZEMAIRA SOLR 4000 MG                                                                                      | P                     | PA                                                    |
| NICORETTE MINI LOZG ( <i>Use nicotine polacrilex</i> )              | NP                    | QL(20 cada día)                                       | ZEMAIRA SOLR 1000 MG                                                                                      | P                     | SP; PA                                                |
| NICORETTE STARTER KIT GUM ( <i>Use nicotine polacrilex</i> )        | NP                    | QL(24 cada día)                                       | Medicamentos contra la fibrosis quística                                                                  |                       |                                                       |
| NICORETTE GUM ( <i>Use nicotine polacrilex</i> )                    | NP                    | QL(24 cada día)                                       | BRONCHITOL                                                                                                | P                     | SP; PA                                                |
| NICORETTE LOZG ( <i>Use nicotine polacrilex</i> )                   | NP                    | QL(20 cada día)                                       | BRONCHITOL TOLERANCE TEST                                                                                 | P                     | SP; PA                                                |
| <i>nicotine polacrilex</i> GUM                                      | P                     | QL(24 cada día)                                       | KALYDECO PACK 5.8 MG                                                                                      | P                     | SP                                                    |
| <i>nicotine polacrilex</i> LOZG                                     | P                     | QL(20 cada día)                                       | KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG                                                                | P                     | SP; PA                                                |
| NICOTINE KIT                                                        | P                     |                                                       | KALYDECO TABS                                                                                             | P                     | SP; PA                                                |
| <i>nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>           | P                     | QL(1 cada día)                                        | 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                                |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Medicamentos contra la fibrosis pulmonar                                         |                       |                    | <i>levothyroxine sodium TABS</i>                                                                            | P                     |                    |
| ESBRIET CAPS ( <i>Use pirfenidone</i> )                                          | NP                    | SP; PA             | <i>liothyronine sodium TABS</i>                                                                             | P                     |                    |
| ESBRIET TABS ( <i>Use pirfenidone</i> )                                          | NP                    | SP; PA             | NIVA THYROID TABS                                                                                           | P                     |                    |
| <i>pirfenidone CAPS</i>                                                          | P                     | SP; PA             | NP THYROID TABS                                                                                             | P                     |                    |
| <i>pirfenidone TABS</i>                                                          | P                     | SP; PA             | RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG                                                          | P                     |                    |
| TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas                 |                       |                    | SYNTHROID TABS ( <i>Use levothyroxine sodium</i> )                                                          | P                     |                    |
| Tetraciclinas                                                                    |                       |                    | THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG                                                             | P                     |                    |
| <i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG</i>                              | P                     |                    | TOXOIDES                                                                                                    |                       |                    |
| <i>doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG</i>                              | P                     |                    | Combinaciones de toxoides                                                                                   |                       |                    |
| <i>doxycycline hyclate CAPS</i>                                                  | P                     |                    | ADACEL SUSP                                                                                                 | P                     |                    |
| <i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>                                           | P                     |                    | BOOSTRIX SUSP                                                                                               | P                     |                    |
| <i>minocycline hcl CAPS</i>                                                      | P                     |                    | BOOSTRIX SUSY                                                                                               | P                     |                    |
| <i>tetracycline hcl CAPS 500 MG</i>                                              | P                     |                    | DAPTACEL                                                                                                    | P                     |                    |
| VIBRAMYCIN CAPS ( <i>Use doxycycline hyclate</i> )                               | NP                    |                    | INFANRIX                                                                                                    | P                     |                    |
| MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas |                       |                    | KINRIX SUSY                                                                                                 | P                     |                    |
| Medicamentos antitiroideos                                                       |                       |                    | PEDIARIX SUSY                                                                                               | P                     |                    |
| <i>methimazole TABS</i>                                                          | P                     |                    | PENTACEL                                                                                                    | P                     |                    |
| <i>propylthiouracil</i>                                                          | P                     |                    | QUADRACEL SUSP                                                                                              | P                     |                    |
| Hormonas tiroideas                                                               |                       |                    | QUADRACEL SUSY                                                                                              | P                     |                    |
| ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG                                  | P                     |                    | TDVAX SUSP                                                                                                  | P                     |                    |
| ARMOUR THYROID TABS                                                              | P                     |                    | TENIVAC INJ                                                                                                 | P                     |                    |
| CYTOMEL TABS ( <i>Use liothyronine sodium</i> )                                  | NP                    |                    | TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP                                                                          | P                     |                    |
|                                                                                  |                       |                    | VAXELIS SUSP                                                                                                | P                     |                    |
|                                                                                  |                       |                    | VAXELIS SUSY                                                                                                | P                     |                    |
|                                                                                  |                       |                    | MEDICAMENTOS CONTRA LA ÚLCERA - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades intestinales y estomacales |                       |                    |
|                                                                                  |                       |                    | Antiespasmódicos                                                                                            |                       |                    |
|                                                                                  |                       |                    | BENTYL SOLN IM ( <i>Use dicyclomine hcl</i> )                                                               | NF                    |                    |
|                                                                                  |                       |                    | <i>dicyclomine hcl CAPS</i>                                                                                 | P                     |                    |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                        | Nombre del medicamento                                            | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites              |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| <i>dicyclomine hcl SOLN PO</i>                  | P                     | QL(496 ML cada 30 días de venta al por menor) | PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use <i>famotidine</i> )          | NP                    | RX/OTC                              |
| <i>dicyclomine hcl TABS</i>                     | P                     |                                               | PEPCID AC TABS (Use <i>famotidine</i> )                           | NP                    | OTC                                 |
| <i>glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG</i>           | P                     | QL(4 cada día)                                | PEPCID TABS (Use <i>famotidine</i> )                              | NP                    | RX/OTC                              |
| <i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>                 | NP                    |                                               | TAGAMET HB 200 TABS (Use <i>cimetidine</i> )                      | NP                    | RX/OTC                              |
| <i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>                 | P                     |                                               | TAGAMET HB TABS (Use <i>cimetidine</i> )                          | NP                    | RX/OTC                              |
| HYOSCYAMINE SULFATE POWD                        | P                     |                                               | Medicamentos antiulcerosos - varios                               |                       |                                     |
| <i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>  | NP                    |                                               | CARAFATE SUSP (Use <i>sucralfate</i> )                            | NP                    | QL(420 ML por surtido al por menor) |
| <i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>  | P                     |                                               | CARAFATE TABS (Use <i>sucralfate</i> )                            | NP                    |                                     |
| <i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>        | P                     |                                               | <i>sucralfate SUSP</i>                                            | P                     | QL(420 ML por surtido al por menor) |
| <i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>        | NP                    |                                               | <i>sucralfate TABS</i>                                            | P                     |                                     |
| <i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>        | NP                    |                                               | Inhibidores de la bomba de protones                               |                       |                                     |
| <i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>        | P                     |                                               | DEXILANT (Use <i>dexlansoprazole</i> )                            | NP                    | ST                                  |
| <i>hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG</i>        | P                     | QL(4 cada día)                                | <i>dexlansoprazole</i>                                            | P                     | ST                                  |
| <i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>        | NP                    |                                               | <i>esomeprazole magnesium CPDR 20 MG</i>                          | P                     | QL(2 cada día); RX/OTC              |
| <i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>        | P                     |                                               | <i>lansoprazole CPDR 30 MG</i>                                    | P                     |                                     |
| LEVBID TB12 (Use <i>hyoscyamine sulfate</i> )   | NP                    | QL(4 cada día)                                | <i>lansoprazole CPDR 15 MG</i>                                    | P                     | QL(4 cada día); RX/OTC              |
| ROBINUL-FORTE TABS (Use <i>glycopyrrolate</i> ) | NP                    | QL(4 cada día)                                | NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use <i>esomeprazole magnesium</i> ) | NP                    | QL(2 cada día); RX/OTC              |
| ROBINUL TABS (Use <i>glycopyrrolate</i> )       | NP                    | QL(4 cada día)                                | NEXIUM 24HR CPDR (Use <i>esomeprazole magnesium</i> )             | NP                    | QL(2 cada día); RX/OTC              |
| Antagonistas H-2                                |                       |                                               | NEXIUM CPDR 20 MG (Use <i>esomeprazole magnesium</i> )            | NP                    | QL(2 cada día); RX/OTC              |
| <i>cimetidine hcl PO 300 MG/5ML</i>             | P                     |                                               | OMEPRAZOLE 20MG TABLET                                            | P                     | QL (1 cada día); OTC                |
| <i>cimetidine TABS</i>                          | P                     | RX/OTC                                        |                                                                   |                       |                                     |
| <i>famotidine SUSP</i>                          | P                     |                                               |                                                                   |                       |                                     |
| <i>famotidine TABS 10 MG</i>                    | P                     | OTC                                           |                                                                   |                       |                                     |
| <i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>             | P                     | RX/OTC                                        |                                                                   |                       |                                     |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales 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>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 40 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i> )                              | NP                    | QL(2 cada día)                                                 |
| PROTONIX TBEC 20 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i> )                              | NP                    | QL(1 cada día)                                                 |
| VOQUEZNA                                                                           | NP                    |                                                                |
| Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas                                       |                       |                                                                |
| CYTOTEC (Use <i>misoprostol</i> )                                                  | NP                    |                                                                |
| <i>misoprostol</i>                                                                 | P                     |                                                                |
| Combinaciones terapéuticas antiulcerosas                                           |                       |                                                                |
| <i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>                             | P                     | Suministro máx. de 14 días cada 365 días de venta al por menor |
| <b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga</b> |                       |                                                                |
| Antiespasmódicos urinarios – Estimuscarínicos (anticolinérgicos)                   |                       |                                                                |
| DETROL LA CP24 (Use <i>tolterodine tartrate</i> )                                  | NP                    | QL(1 cada día)                                                 |
| DETROL TABS (Use <i>tolterodine tartrate</i> )                                     | NP                    | QL(2 cada día)                                                 |
| DITROPAN XL TB24 5 MG (Use <i>oxybutynin chloride</i> )                            | NP                    | QL(2 cada día)                                                 |

| Nombre del medicamento                                      | Nivel del medicamento | Requisitos/ Límites |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <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>trospium chloride TABS</i>                               | P                     | QL(2 cada día)      |
| Antiespasmódicos urinarios - agonistas colinérgicos         |                       |                     |
| <i>bethanechol chloride</i>                                 | P                     |                     |
| Antiespasmódicos urinarios - relajantes musculares directos |                       |                     |
| <i>flavoxate hcl</i>                                        | P                     |                     |
| <b>VACUNAS</b>                                              |                       |                     |
| Vacunas bacterianas                                         |                       |                     |
| ACTHIB SOLR IM                                              | P                     |                     |
| BCG VACCINE                                                 | P                     |                     |
| BEXSERO 0.5 ML                                              | P                     |                     |
| BIOTHRAX                                                    | P                     |                     |
| HIBERIX SOLR IJ                                             | P                     |                     |
| MENACTRA                                                    | P                     |                     |
| MENQUADFI 0.5 ML                                            | P                     |                     |
| MENVEO SOLN                                                 | P                     |                     |
| MENVEO SOLR                                                 | P                     |                     |
| PEDVAX HIB SUSP                                             | P                     |                     |
| PENBRAYA                                                    | P                     |                     |
| PNEUMOVAX 23 SOLN                                           | P                     |                     |
| PNEUMOVAX 23 SOSY                                           | P                     |                     |
| PREVNAR 13                                                  | P                     |                     |
| PREVNAR 20                                                  | P                     |                     |
| TRUMENBA 0.5 ML                                             | P                     |                     |
| TYPHIM VI SOLN                                              | P                     |                     |
| TYPHIM VI SOSY                                              | P                     |                     |
| VAXCHORA                                                    | P                     |                     |
| VAXNEUVANCE                                                 | P                     |                     |
| VIVOTIF                                                     | P                     |                     |
| Vacunas derivadas de virus                                  |                       |                     |

| Nombre del medicamento           | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                   | Nombre del medicamento         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                 |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ABRYSVO                          | P                     | 1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años) | FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY     | P                     |                                                                        |
| ACAM2000                         | P                     |                                                                          | FLULAVAL SUSY                  | P                     |                                                                        |
| AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY   | P                     |                                                                          | FLUMIST                        | P                     |                                                                        |
| AFLURIA QUADRIVALENT SUSP        | P                     |                                                                          | FLUMIST QUADRIVALENT           | P                     |                                                                        |
| AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML | P                     |                                                                          | FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT | P                     |                                                                        |
| AFLURIA SUSP                     | P                     |                                                                          | FLUZONE HIGH-DOSE SUSY         | P                     |                                                                        |
| AREXVY                           | P                     | 1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años) | FLUZONE QUADRIVALENT SUSP      | P                     |                                                                        |
| COMIRNATY SUSP                   | P                     |                                                                          | FLUZONE QUADRIVALENT SUSY      | P                     |                                                                        |
| COMIRNATY SUSY                   | P                     |                                                                          | FLUZONE SUSP                   | P                     |                                                                        |
| DENG VAXIA                       | P                     |                                                                          | FLUZONE SUSY                   | P                     |                                                                        |
| ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML         | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor                      | GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML         | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años) |
| ENGERIX-B SUSY                   | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor                      | GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML         | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años) |
| FLUAD                            | P                     |                                                                          | HAVRIX 1440 EL U/ML            | P                     |                                                                        |
| FLUAD QUADRIVALENT               | P                     |                                                                          | HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML       | P                     |                                                                        |
| FLUARIX QUADRIVALENT SUSY        | P                     |                                                                          | HEPLISAV-B SOSY                | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor                    |
| FLUARIX SUSY                     | P                     |                                                                          | IMOVAX RABIES SUSR             | P                     |                                                                        |
| FLUBLOK QUADRIVALENT             | P                     |                                                                          | IPOL                           | P                     |                                                                        |
| FLUBLOK SOSY                     | P                     |                                                                          | IXIARO                         | P                     |                                                                        |
| FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP      | P                     |                                                                          | JANSSEN COVID-19 VACCINE       | P                     |                                                                        |
| FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY      | P                     |                                                                          | JYNNEOS                        | P                     |                                                                        |
| FLUCELVAX SUSP                   | P                     |                                                                          | M-M-R II SOLR                  | P                     |                                                                        |
| FLUCELVAX SUSY                   | P                     |                                                                          | MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y   | P                     |                                                                        |
|                                  |                       |                                                                          | MODERNA COVID-19 BIVALENT      | P                     |                                                                        |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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



| Nombre del medicamento              | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                              | Nombre del medicamento                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                    |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP    | P                     |                                                     | SHINGRIX                                                  | P                     | 2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años) |
| MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY    | P                     |                                                     | SPIKEVAX SUSP                                             | P                     |                                                                           |
| MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP       | P                     |                                                     | SPIKEVAX SUSY                                             | P                     |                                                                           |
| NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP       | P                     |                                                     | STAMARIL SUSR                                             | P                     |                                                                           |
| NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY       | P                     |                                                     | TICOVAC                                                   | P                     |                                                                           |
| PFIZER COVID-19 BIVAL 6MO-4YR       | P                     |                                                     | TWINRIX SUSY                                              | P                     |                                                                           |
| PFIZER COVID-19 VAC BIVAL 5-11      | P                     |                                                     | VAQTA                                                     | P                     |                                                                           |
| PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT        | P                     |                                                     | VARIVAX SUSR                                              | P                     | 2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor                       |
| PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP | P                     |                                                     | YF-VAX INJ                                                | P                     |                                                                           |
| PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP | P                     |                                                     | <b>PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS</b>                 |                       |                                                                           |
| PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP | P                     |                                                     | Antiinfecciosos vaginales                                 |                       |                                                                           |
| PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP  | P                     |                                                     | CLEOCIN CREA ( <i>Use clindamycin phosphate vaginal</i> ) | NP                    |                                                                           |
| PREHEVBRIQ                          | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor | <i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>                 | P                     |                                                                           |
| PRIORIX SUSR                        | P                     |                                                     | <i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>                      | P                     | OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)                         |
| PROQUAD SUSR                        | P                     |                                                     | <i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>                      | P                     | OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)                         |
| RABAVERT                            | P                     |                                                     | GYNAZOLE-1                                                | P                     |                                                                           |
| RECOMBIVAX HB SUSP                  | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor | GYNE-LOTRIMIN 3 CREA ( <i>Use clotrimazole vaginal</i> )  | NP                    | OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)                         |
| RECOMBIVAX HB SUSY                  | P                     | 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor | GYNE-LOTRIMIN CREA ( <i>Use clotrimazole vaginal</i> )    | NP                    | OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)                         |
| ROTARIX SUSP                        | P                     |                                                     | <i>metronidazole vaginal</i>                              | P                     | QL(70 GM por surtido al por menor)                                        |
| ROTARIX SUSR                        | P                     |                                                     | MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG                                  | P                     | OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)                             |
| ROTATEQ SOLN                        | P                     |                                                     | <i>miconazole nitrate vaginal CREA 2 %</i>                | P                     | OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)                         |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                            | Nombre del medicamento                                         | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>                                                     | P                     |                                                   | AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML                                     | NP                    | QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 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)          | 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) |
| <i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>                                             | P                     | OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)     | <i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>           | P                     | QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 días de venta al por menor)               |
| MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )                  | NP                    |                                                   | <i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ</i>                          | P                     | QL(2 por surtido al por menor; 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor) |
| MONISTAT 3 CREA                                                                           | P                     | OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor) | EPINEPHRINE 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) |
| MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i> )                      | NP                    | OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor) | 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) |
| <i>terconazole vaginal CREA</i>                                                           | P                     |                                                   | 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) |
| <i>terconazole vaginal SUPP</i>                                                           | P                     |                                                   | Medicamentos para la hipotensión ortostática neurogénica (NOH) |                       |                                                                                     |
| <i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>                                                          | P                     | OTC                                               | <i>droxidopa</i>                                               | P                     | SP; PA                                                                              |
| VANDAZOLE                                                                                 | P                     | QL(70 GM por surtido al por menor)                | NORTHERA (Use <i>droxidopa</i> )                               | NP                    | SP; PA                                                                              |
| Medicamentos antiinflamatorios vaginales                                                  |                       |                                                   | Vasopresores                                                   |                       |                                                                                     |
| <i>hydrocortisone vaginal</i>                                                             | P                     | QL(454 GM por surtido al por menor)               | <i>midodrine hcl</i>                                           | P                     |                                                                                     |
| MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF (Use <i>hydrocortisone vaginal</i> )                       | NP                    | QL(454 GM por surtido al por menor)               | VITAMINAS                                                      |                       |                                                                                     |
| Estrógenos vaginales                                                                      |                       |                                                   | Vitaminas solubles en aceite                                   |                       |                                                                                     |
| ESTRACE CREA (Use <i>estradiol vaginal</i> )                                              | NP                    | QL(43 GM cada 30 días de venta al por menor)      | BABY DDROPS LIQD PO (Use <i>cholecalciferol</i> )              | NP                    | Límite de edad = menos de 6 meses                                                   |
| <i>estradiol vaginal CREA</i>                                                             | P                     | QL(43 GM cada 30 días de venta al por menor)      | <i>cholecalciferol CAPS</i>                                    | P                     | OTC; QL(100 por surtido al por menor)                                               |
| <i>estradiol vaginal TABS</i>                                                             | P                     |                                                   | <i>cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 50000 UNIT</i>                | P                     | OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)                                       |
| 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                                         |                       |                                                   |                                                                |                       |                                                                                     |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| Nombre del medicamento                                                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                          | Nombre del medicamento                          | Nivel del medicamento | Requisitos/<br>Límites                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|
| <i>cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT</i>                                  | P                     | OTC; QL(2 cada día)                             | <i>pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG</i> | P                     | OTC                                             |
| <i>cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML</i>                           | P                     |                                                 | <i>riboflavin TABS</i>                          | P                     | OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor) |
| <i>cholecalciferol LIQD PO</i>                                                  | P                     | Límite de edad = menos de 6 meses               | <i>SLO-NIACIN TBCR (Use niacin)</i>             | NP                    | OTC                                             |
| <i>DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol)</i>                                        | NP                    |                                                 | <i>thiamine hcl TABS</i>                        | P                     | OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor) |
| <i>D-VI-SOL LIQD PO (Use cholecalciferol)</i>                                   | NP                    |                                                 | <i>thiamine mononitrate TABS 100 MG</i>         | P                     | OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor) |
| <i>ergocalciferol CAPS</i>                                                      | P                     |                                                 |                                                 |                       |                                                 |
| <i>ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML</i>                                        | P                     |                                                 |                                                 |                       |                                                 |
| <i>KEY-E CHEW</i>                                                               | P                     | QL(2 cada día)                                  |                                                 |                       |                                                 |
| <i>phytonadione TABS 5 MG</i>                                                   | P                     |                                                 |                                                 |                       |                                                 |
| <i>VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML</i>                                            | P                     | Límite de edad = 6 meses a 1 año                |                                                 |                       |                                                 |
| <i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>                              | P                     | OTC; QL(2 cada día)                             |                                                 |                       |                                                 |
| <i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG</i> | P                     | QL(2 cada día)                                  |                                                 |                       |                                                 |
| <i>VITAMIN E CAPS</i>                                                           | P                     | OTC; QL(2 cada día)                             |                                                 |                       |                                                 |
| <i>VITAMIN E CHEW</i>                                                           | 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) |                                                 |                       |                                                 |
| <i>B-1 TABS</i>                                                                 | P                     | OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor) |                                                 |                       |                                                 |
| <i>NIACIN ER CPCR</i>                                                           | P                     | OTC                                             |                                                 |                       |                                                 |
| <i>NIACIN ER TBCR</i>                                                           | 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                                             |                                                 |                       |                                                 |

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de julio de 2025

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

| INDICE                                                                  |    | acetic acid (otic) _____ 87                                                    |    | ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT _____ 3                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|
| abacavir sulfate SOLN _____ 37                                          | 37 | acetaminophen w/ codeine SOLN _ 7                                              | 7  | ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT 3                                 | 3  |
| abacavir sulfate TABS _____ 37                                          | 37 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT _____ 3                       | 3  |
| abacavir sulfate-lamivudine _____ 37                                    | 37 | acetaminophen TABS _____ 57                                                    | 57 | ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML _____ 3        | 3  |
| ABECMA _____ 31                                                         | 31 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____ 3                                   | 3  |
| ABILIFY MAINTENA PRSY _____ 37                                          | 37 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____ 3                                   | 3  |
| ABILIFY MAINTENA SRER _____ 37                                          | 37 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT 3                                 | 3  |
| ABILIFY TABS (Use aripiprazole) .37                                     | 37 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML _____ 3           | 3  |
| abiraterone acetate _____ 31                                            | 31 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT _____ 3                       | 3  |
| ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles) _____ 34              | 34 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADBM (CD/UC/HS STRT) AJKT _____ 3                   | 3  |
| ABRYSVO _____ 95                                                        | 95 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER) AJKT _____ 3                    | 3  |
| ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____ 48         | 48 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT 3                                 | 3  |
| ACAM2000 _____ 95                                                       | 95 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____ 3                       | 3  |
| ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP .55                                           | 55 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT _____ 3                       | 3  |
| ACCUPRIL (Use quinapril hcl) _____ 24                                   | 24 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADAPTER PED DISPOSABLE MISC _____ 70                           | 70 |
| ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____ 25    | 25 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADBRY SOSY _____ 53                                            | 53 |
| ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____ 25    | 25 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADCETRIS _____ 30                                              | 30 |
| ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____ 70                                | 70 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  | ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____ 43 | 43 |
| acebutolol hcl CAPS _____ 41                                            | 41 | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen CHEW _____ 5                                              | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen ELIX _____ 5                                              | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .5                                        | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____ 5 | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG _____ 5                               | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |
| acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML _____ 5                    | 5  | acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____ 7 | 7  |                                                                |    |

|                                                               |                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1         | AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____ 32                                 | alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG _____ 58                                          |
| ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1      | AFINITOR TABS (Use everolimus) 32                                               | ALEVE ALL DAY STRONG TABS 220 MG (Use naproxen sodium) ____ 4                         |
| ADEMPAS _____ 43                                              | AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY _____ 95                                         | ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____ 4                                              |
| ADMELOG SOLN IJ _____ 19                                      | AFLURIA QUADRIVALENT SUSP 95                                                    | ALFERON N _____ 34                                                                    |
| ADMELOG SOLOSTAR SOPN ____ 19                                 | AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML _____ 95                                       | ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium) _____ 29                                        |
| ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal)) _____ 82        | AFLURIA SUSP _____ 95                                                           | ALKERAN (Use melphalan) _____ 29                                                      |
| ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____ 92      | AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT _____ 63 | ALKERAN IV (Use melphalan hcl) 29                                                     |
| ADULT AEROSOL MASK MISC _ 70                                  | AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC _____ 70                                       | ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC 70                                                      |
| ADULT DISPOSABLE MISC ____ 70                                 | AIRZONE PEAK FLOW METER . 70                                                    | ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____ 22                           |
| ADULT MASK LARGE MISC ____ 70                                 | albuterol sulfate AERS _____ 11                                                 | ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____ 22                            |
| ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11      | albuterol sulfate NEBU 0.083 % ____ 11                                          | allopurinol 100 MG, 300 MG ____ 63                                                    |
| ADVATE _____ 63                                               | albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____ 11                        | ALOCRIIL _____ 86                                                                     |
| ADVIL COLD/SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen) ____ 46 | albuterol sulfate NEBU _____ 11                                                 | alogliptin benzoate _____ 19                                                          |
| ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____ 4                            | ALBUTEROL SULFATE NEBU ____ 11                                                  | alogliptin-metformin hcl _____ 18                                                     |
| ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____ 55                      | albuterol sulfate SYRP _____ 11                                                 | alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG _____ 18 |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE _____ 69                          | albuterol sulfate TABS _____ 11                                                 | ALOMIDE _____ 86                                                                      |
| ADYNOVATE _____ 63                                            | ALCOHOL PREP PADS-MISC ____ 69                                                  | ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR ____ 60                          |
| AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC _____ 70                     | ALDACTAZIDE (Use spironolactone & hydrochlorothiazide) _____ 57                 | ALPHANATE SOLR _____ 63                                                               |
| AEROECLIPSE MASK LARGE MISC _____ 70                          | ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____ 57                                    | ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____ 63                                  |
| AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC _____ 70                         | ALDURAZYME _____ 59                                                             | alprazolam TABS _____ 9                                                               |
| AEROECLIPSE MASK SMALL MISC _____ 70                          | ALECENSA _____ 32                                                               | ALPROLIX _____ 63                                                                     |
| AEROTRACH PLUS MISC _____ 70                                  | alendronate sodium SOLN _____ 58                                                | ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _____ 24                      |
|                                                               | alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG _____ 58                                   |                                                                                       |

|                                                                                                                                                     |    |                                                                                       |    |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTRIXA TABS _____                                                                                                                                  | 79 | aminocaproic acid TABS 500 MG                                                         | 65 | 88                                                                                 |
| alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____                                                                                                            | 8  | amiodarone hcl TABS 200 MG ____                                                       | 10 | AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin) _____ 88                                        |
| alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML-400 MG/10ML _____ | 8  | AMITIZA (Use lubiprostone) ____                                                       | 61 | amoxicillin SUSR _____ 88                                                          |
| ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP _____                                                                                                                   | 8  | amitriptyline hcl TABS _____                                                          | 17 | amoxicillin TABS 875 MG _____ 88                                                   |
| ALUNBRIG TABS _____                                                                                                                                 | 32 | AMLADEX TABS _____                                                                    | 79 | amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____ 94                           |
| ALUNBRIG TBPK _____                                                                                                                                 | 32 | amlodipine besylate TABS _____                                                        | 41 | amphetamine-dextroamphetamine CP24 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG _____ 1 |
| amantadine hcl CAPS _____                                                                                                                           | 35 | amlodipine besylate-benazepril hcl . 25                                               |    | amphetamine-dextroamphetamine TABS _____ 1                                         |
| amantadine hcl SOLN _____                                                                                                                           | 35 | amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____                                        | 25 | ampicillin CAPS 500 MG _____ 88                                                    |
| AMARYL 1 MG, 2 MG (Use glimepiride) _____                                                                                                           | 20 | amlodipine besylate-valsartan ____                                                    | 25 | AMPYRA (Use dalfampridine) ____ 90                                                 |
| AMARYL 4 MG (Use glimepiride) . 20                                                                                                                  |    | amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide _____                                        | 25 | ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____ 17                                    |
| AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate) _____                                                                                                           | 66 | AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET . 55                                        |    | ANALPRAM-HC LOTN EX _____ 8                                                        |
| ambrisentan _____                                                                                                                                   | 43 | AMONDYS 45 _____                                                                      | 83 | ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____ 4                                      |
| AMICAR SOLN PO (Use aminocaproic acid) _____                                                                                                        | 65 | amoxapine _____                                                                       | 17 | anastrozole _____ 31                                                               |
| AMICAR TABS 1000 MG (Use aminocaproic acid) _____                                                                                                   | 65 | amoxicillin & pot clavulanate CHEW . . 88                                             |    | ANDEXXA 200 MG _____ 21                                                            |
| AMICAR TABS 500 MG (Use aminocaproic acid) _____                                                                                                    | 65 | amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____                       | 88 | ANTARA 90 MG (Use fenofibrate micronized) _____ 24                                 |
| amiloride & hydrochlorothiazide ____                                                                                                                | 57 | amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____ | 88 | ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____ 21                                         |
| amiloride hcl TABS _____                                                                                                                            | 57 | amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____                       | 88 | ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____ 8                                 |
| aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____                                                                                                           | 65 | amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG . 88                  |    | APLIGRAF DISK _____ 55                                                             |
| aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML _____                                                                                                          | 65 | amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____                                | 88 | APOKYN SOCT _____ 35                                                               |
| aminocaproic acid TABS 1000 MG . 65                                                                                                                 |    | amoxicillin & pot clavulanate TB12 88                                                 |    | apomorphine hydrochloride SOCT 35                                                  |
|                                                                                                                                                     |    | amoxicillin CAPS _____                                                                | 88 | APO-VARENICLINE TABS _____ 91                                                      |
|                                                                                                                                                     |    | amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . .                                                   |    | apraclonidine hcl _____ 85                                                         |
|                                                                                                                                                     |    |                                                                                       |    | APRISO CP24 (Use mesalamine) . 61                                                  |

|                                                                 |    |                                                                        |    |                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|----|
| APTIVUS CAPS _____                                              | 37 | ASPIRIN SUPP 300 MG _____                                              | 6  | amoxicillin & pot clavulanate) _____                                | 88 |
| AQINJECT PEN NEEDLE _____                                       | 69 | aspirin TABS 325 MG _____                                              | 6  | AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-<br>125 MG/5ML _____                    | 88 |
| AQUORAL SOLN _____                                              | 78 | aspirin TBEC 81 MG, 325 MG _____                                       | 6  | AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG<br>(Use amoxicillin & pot clavulanate) | 88 |
| ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000<br>MG _____                        | 91 | ASSESS PEAK FLOW METER _____                                           | 70 | AUM INSULIN SAFETY PEN<br>NEEDLE _____                              | 69 |
| ARAVA (Use leflunomide) _____                                   | 5  | ASSURE ID DUO PRO PEN<br>NEEDLES _____                                 | 69 | AUM PEN NEEDLE _____                                                | 69 |
| ARCALYST _____                                                  | 4  | ASSURE ID PRO PEN NEEDLES _____                                        | 69 | AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____                                    | 97 |
| ARESTIN _____                                                   | 78 | ATACAND (Use candesartan<br>cilexetil) _____                           | 25 | AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML _____                                      | 97 |
| AREXVY _____                                                    | 95 | ATACAND HCT (Use candesartan<br>cilexetil-hydrochlorothiazide) _____   | 25 | AVALIDE (Use irbesartan-<br>hydrochlorothiazide) _____              | 25 |
| ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use<br>donepezil hydrochloride) _____ | 90 | atazanavir sulfate CAPS 150 MG,<br>200 MG _____                        | 37 | AVAPRO 150 MG, 300 MG (Use<br>irbesartan) _____                     | 25 |
| ARIKAYCE _____                                                  | 2  | atazanavir sulfate CAPS 300 MG _____                                   | 37 | AVEED SOLN _____                                                    | 8  |
| ARIMIDEX (Use anastrozole) _____                                | 31 | ATELVIA TBEC (Use risedronate<br>sodium) _____                         | 58 | AVONEX PEN AJKT _____                                               | 90 |
| aripiprazole SOLN PO _____                                      | 37 | atenolol & chlorthalidone _____                                        | 25 | AVONEX PREFILLED PSKT _____                                         | 90 |
| aripiprazole TABS _____                                         | 37 | atenolol TABS _____                                                    | 41 | AVSOLA _____                                                        | 62 |
| aripiprazole TBDP _____                                         | 37 | ATGAM _____                                                            | 77 | AYGESTIN TABS (Use<br>norethindrone acetate) _____                  | 89 |
| ARISTADA _____                                                  | 37 | ATIVAN TABS (Use lorazepam) _____                                      | 9  | AYVAKIT _____                                                       | 32 |
| ARISTADA INITIO _____                                           | 37 | atomoxetine hcl _____                                                  | 1  | azacitidine SUSR _____                                              | 29 |
| ARIXTRA (Use fondaparinux<br>sodium) _____                      | 12 | atorvastatin calcium TABS _____                                        | 24 | azathioprine TABS 50 MG _____                                       | 77 |
| ARMOUR THYROID TABS _____                                       | 92 | atropine sulfate (ophthalmic) OINT _____                               | 84 | azathioprine TABS 75 MG, 100 MG<br>77                               |    |
| ARNUITY ELLIPTA _____                                           | 10 | atropine sulfate (ophthalmic) SOLN _____                               | 84 | AZEDRA DOSIMETRIC _____                                             | 34 |
| AROMASIN (Use exemestane) _____                                 | 31 | ATROPINE SULFATE SOLN 1 %<br>(Use atropine sulfate (ophthalmic)) _____ | 84 | AZEDRA THERAPEUTIC _____                                            | 34 |
| arsenic trioxide _____                                          | 34 | ATROPINE SULFATE SOLN 1 % _____                                        | 84 | azelastine hcl (ophth) _____                                        | 86 |
| ARZERRA _____                                                   | 30 | ATROVENT HFA _____                                                     | 10 | azelastine hcl 0.1 %, 137<br>MCG/SPRAY _____                        | 82 |
| ascorbic acid TABS _____                                        | 98 | AUBAGIO (Use teriflunomide) _____                                      | 90 | azelastine hcl 0.15 %, 205.5<br>MCG/SPRAY _____                     | 82 |
| ASMANEX HFA AERO _____                                          | 10 | AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use                                             |    | azithromycin PACK _____                                             | 67 |
| ASPARLAS _____                                                  | 34 |                                                                        |    |                                                                     |    |
| aspirin buffered (cal carb-mag carb-<br>mag oxide) _____        | 6  |                                                                        |    |                                                                     |    |
| aspirin CHEW _____                                              | 6  |                                                                        |    |                                                                     |    |

|                                                                                  |                                                               |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| azithromycin SUSR 100 MG/5ML .67                                                 | BANZEL SUSP (Use rufinamide) . 13                             | medoxomil) _____ 25                                              |
| azithromycin SUSR 200 MG/5ML .67                                                 | BANZEL TABS (Use rufinamide) _ 13                             | BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) __ 26 |
| azithromycin TABS 250 MG _____ 67                                                | BAVENCIO _____ 30                                             | BENLYSTA SOAJ _____ 77                                           |
| azithromycin TABS 500 MG _____ 67                                                | BCG VACCINE _____ 94                                          | BENLYSTA SOLR _____ 77                                           |
| azithromycin TABS 600 MG _____ 68                                                | b-complex vitamins CAPS _____ 79                              | BENLYSTA SOSY _____ 77                                           |
| AZO URINARY PAIN RELIEF TABS (Use phenazopyridine hcl) _____ 62                  | b-complex vitamins TABS _____ 79                              | BENTYL SOLN IM (Use dicyclomine hcl) _____ 92                    |
| AZOPT (Use brinzolamide) _____ 86                                                | b-complex w/ c & folic acid CAPS .79                          | BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use benzoyl peroxide) _____ 48          |
| AZOR (Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil) _____ 25                     | b-complex w/ c & folic acid TABS .79                          | BENZNIDAZOLE _____ 9                                             |
| AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____ 62                             | BD GLUCOSE CHEW _____ 18                                      | benzonatate 100 MG _____ 46                                      |
| AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____ 62                                     | BD PEN NEEDLES _____ 69                                       | benzonatate 200 MG _____ 46                                      |
| b complex w/ c CAPS _____ 79                                                     | BELBUCA FILM _____ 7                                          | benzoyl peroxide BAR _____ 48                                    |
| B-1 TABS _____ 98                                                                | BELEODAQ _____ 32                                             | benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 % _____ 48                   |
| BABY DDROPS LIQD PO (Use cholecalciferol) _____ 97                               | BELRAPZO SOLN _____ 29                                        | benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 % _____ 48                    |
| bacitracin (ophthalmic) _____ 85                                                 | BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____ 22      | benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 % 48                               |
| bacitracin (topical) OINT _____ 49                                               | BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl) .22 | benztropine mesylate TABS _____ 35                               |
| bacitracin zinc OINT _____ 49                                                    | BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS _____ 22                      | BERINERT KIT _____ 64                                            |
| bacitracin-polymyxin b (ophth) ____ 85                                           | BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____ 22      | BESPONSA _____ 30                                                |
| baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____ 81 | BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl) .22 | BESREMI _____ 34                                                 |
| baclofen TABS _____ 81                                                           | benazepril & hydrochlorothiazide .25                          | betaine _____ 59                                                 |
| BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) __ 27                        | benazepril hcl 40 MG _____ 24                                 | betamethasone dipropionate (topical) CREA _____ 52               |
| BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) __ 27                           | benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG . 24                        | betamethasone dipropionate augmented CREA _____ 52               |
| BAFIERTAM _____ 90                                                               | BENDAMUSTINE HCL SOLN ____ 29                                 | betamethasone valerate CREA ____ 52                              |
| balsalazide disodium CAPS _____ 62                                               | bendamustine hcl SOLR _____ 29                                | betamethasone valerate LOTN ____ 52                              |
| BALVERSA _____ 32                                                                | BENDEKA SOLN _____ 29                                         | betamethasone valerate OINT ____ 52                              |
|                                                                                  | BENEFIX KIT _____ 63                                          | BETAPACE AF (Use sotalol hcl                                     |
|                                                                                  | BENICAR (Use olmesartan                                       |                                                                  |



|                                                                |    |                                                 |    |                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------|----|
| (afib/afll) _____                                              | 41 | BIVIGAM SOLN _____                              | 87 | bromocriptine mesylate CAPS ____                                             | 35 |
| BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG,<br>160 MG (Use sotalol hcl) _____ | 41 | BLINCYTO _____                                  | 30 | bromocriptine mesylate TABS 2.5<br>MG _____                                  | 35 |
| betaxolol hcl (ophth) SOLN _____                               | 84 | BLOOD GLUCOSE TIRAS<br>REACTIVAS 333 STRP _____ | 55 | brompheniramine & phenyleph ELIX .<br>46                                     |    |
| bethanechol chloride _____                                     | 94 | BLULINK GLUCOSE TEST STRP .55                   |    | brompheniramine & pseudoeph ELIX<br>46                                       |    |
| BETHKIS NEBU (Use tobramycin) . 2                              |    | BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML<br>58               |    | brompheniramine & pseudoeph LIQD<br>15 MG/5ML-1 MG/5ML _____                 | 46 |
| BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML .<br>85                          |    | BOOSTRIX SUSP _____                             | 92 | BRONCHITOL _____                                                             | 91 |
| BEVACIZUMAB IZ _____                                           | 85 | BOOSTRIX SUSY _____                             | 92 | BRONCHITOL TOLERANCE TEST .<br>91                                            |    |
| bexarotene (topical) _____                                     | 50 | BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5<br>MG _____        | 32 | BRUKINSA _____                                                               | 32 |
| bexarotene _____                                               | 34 | bortezomib SOLR IJ _____                        | 32 | BUBBLES THE FISH II PEDI MASK<br>MISC _____                                  | 71 |
| BEXSERO 0.5 ML _____                                           | 94 | bosentan TABS _____                             | 43 | budesonide (inhalation) SUSP ____                                            | 11 |
| BEYFORTUS _____                                                | 88 | BOSULIF TABS _____                              | 32 | budesonide-formoterol fumarate<br>dihydrate _____                            | 11 |
| bicalutamide _____                                             | 31 | BPROTECTED PEDIA POLY-VITE<br>SOLN PO _____     | 81 | budesonide-formoterol fumarate<br>dihydrate 160 MCG/ACT-4.5<br>MCG/ACT _____ | 11 |
| BIKTARVY _____                                                 | 37 | BPROTECTED PEDIA POLY-<br>VITE/FE SOLN _____    | 80 | budesonide-formoterol fumarate<br>dihydrate 80 MCG/ACT-4.5<br>MCG/ACT _____  | 11 |
| BI-MIX SOLR _____                                              | 42 | BRAFTOVI 75 MG _____                            | 32 | BUFFERIN (Use aspirin buffered<br>(cal carb-mag carb-mag oxide)) ____        | 6  |
| BINAXNOW COVID-19 AG HOME<br>TEST KIT _____                    | 55 | BREATHE EASE NEB MASK/CHILD<br>MISC _____       | 70 | bumetanide TABS _____                                                        | 57 |
| BIOLYTE SOLN _____                                             | 75 | BREATHE EASE NEB<br>MASK/INFANT MISC _____      | 70 | BUMEX TABS 0.5 MG (Use<br>bumetanide) _____                                  | 57 |
| BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE<br>KIT _____                         | 68 | BREATHE EASE PEAK FLOW<br>METER _____           | 70 | BUPHENYL POWD (Use sodium<br>phenylbutyrate) _____                           | 59 |
| BIOTENE DRY MOUTH MOIST<br>SPRAY SOLN _____                    | 78 | BREYANZI _____                                  | 31 | BUPHENYL TABS (Use sodium<br>phenylbutyrate) _____                           | 59 |
| BIOTHRAX _____                                                 | 94 | BRIDION SOLN _____                              | 21 | BUPRENEX SOLN (Use<br>buprenorphine hcl) _____                               | 7  |
| bisacodyl SUPP _____                                           | 67 | BRILINTA 60 MG, 90 MG (Use<br>ticagrelor) _____ | 64 |                                                                              |    |
| bisacodyl TBEC _____                                           | 67 | brimonidine tartrate 0.2 % _____                | 85 |                                                                              |    |
| bismuth subsalicylate CHEW 262 MG<br>.....                     | 20 | BRINEURA _____                                  | 59 |                                                                              |    |
| bismuth subsalicylate SUSP 525<br>MG/15ML, 1050 MG/30ML _____  | 20 | brinzolamide _____                              | 86 |                                                                              |    |
| bisoprolol & hydrochlorothiazide ____                          | 26 | BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML _                    | 13 |                                                                              |    |
| bisoprolol fumarate _____                                      | 41 |                                                 |    |                                                                              |    |

|                                                                                          |    |                                                                                                             |    |                                                                             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| buprenorphine hcl SOLN _____                                                             | 8  | BYLVAY (PELLETS) CPSP _____                                                                                 | 61 | CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) .              | 75 |
| buprenorphine hcl SUBL _____                                                             | 8  | BYLVAY CAPS _____                                                                                           | 61 | CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) _____     | 75 |
| buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____ | 7  | CABLIVI _____                                                                                               | 64 | camphor & menthol LOTN _____                                                | 50 |
| buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____                         | 8  | CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG .                                                                               | 32 | CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl) .                                            | 35 |
| buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL _____                                      | 8  | CABOMETYX TABS 40 MG _____                                                                                  | 32 | CAMZYOS _____                                                               | 42 |
| bupropion hcl (smoking deterrent) _____                                                  | 91 | CAFERGOT TABS (Use ergotamine w/ caffeine) _____                                                            | 74 | candesartan cilexetil _____                                                 | 25 |
| bupropion hcl TABS _____                                                                 | 15 | caffeine citrate SOLN PO _____                                                                              | 1  | candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide _____                             | 26 |
| bupropion hcl TB12 100 MG _____                                                          | 15 | CAFFEINE CITRATED POWD _____                                                                                | 1  | capecitabine _____                                                          | 29 |
| bupropion hcl TB12 150 MG _____                                                          | 15 | calcipotriene CREA _____                                                                                    | 50 | CAPHOSOL SOLN _____                                                         | 78 |
| bupropion hcl TB12 200 MG _____                                                          | 15 | calcipotriene SOLN _____                                                                                    | 50 | CAPRELSA _____                                                              | 32 |
| bupropion hcl TB24 150 MG _____                                                          | 15 | calcitonin (salmon) IJ _____                                                                                | 58 | capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % .                                           | 53 |
| bupropion hcl TB24 300 MG _____                                                          | 15 | calcitonin (salmon) NA _____                                                                                | 58 | capsaicin CREA 0.035 % _____                                                | 53 |
| buspirone hcl 15 MG _____                                                                | 9  | calcitriol CAPS _____                                                                                       | 59 | capsaicin CREA 0.1 % _____                                                  | 53 |
| buspirone hcl 5 MG, 10 MG _____                                                          | 9  | CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS _____                                                                      | 75 | captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG _____ | 26 |
| buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG _____                                                        | 9  | calcium acetate (phosphate binder) CAPS _____                                                               | 62 | captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG _____                           | 26 |
| butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG _____                                         | 5  | calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG _____                                                               | 9  | captopril _____                                                             | 24 |
| butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG _____                          | 5  | calcium carbonate-cholecalciferol TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG _____ | 75 | CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____                                      | 53 |
| butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG _____                          | 5  | calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG _____                    | 75 | CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Use capsaicin) _____                               | 53 |
| butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325 MG _____              | 7  | calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT _____                                     | 75 | CARAC CREA _____                                                            | 50 |
| butalbital-aspirin-caffeine CAPS _____                                                   | 5  | calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT _____                                                      | 75 | CARAFATE SUSP (Use sucralfate) .                                            | 93 |
| butalbital-aspirin-caffeine w/cod _____                                                  | 7  | calcium polycarbophil TABS _____                                                                            | 66 | CARAFATE TABS (Use sucralfate) .                                            | 93 |
| BYETTA 10 MCG PEN SOPN 10 MCG/0.04ML (Use exenatide) ____                                | 19 |                                                                                                             |    |                                                                             |    |
| BYETTA 5 MCG PEN SOPN 5 MCG/0.02ML (Use exenatide) ____                                  | 19 |                                                                                                             |    |                                                                             |    |

|                                                                                           |                                                                               |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| CARBAGLU (Use carglumic acid) 59                                                          | CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC _____ 71                                       | cefprozil TABS _____ 43                                  |
| carbamazepine CHEW 100 MG ____ 13                                                         | CARETOUCH TEST STRP _____ 55                                                  | ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____ 44      |
| carbamazepine SUSP _____ 13                                                               | CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC _____ 71                                  | cefuroxime axetil TABS _____ 43                          |
| carbamazepine TABS _____ 13                                                               | carglumic acid _____ 59                                                       | CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____ 16 |
| carbamazepine TB12 _____ 13                                                               | CARNITOR SF SOLN PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) 59              | CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____ 16 |
| carbamide peroxide (otic) 6.5 % ____ 87                                                   | CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 59 | CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide) _____ 16 |
| carbidopa _____ 35                                                                        | CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 59              | CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil) _____ 77       |
| carbidopa-levodopa TABS _____ 35                                                          | carteolol hcl (ophth) _____ 84                                                | CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil) _____ 77       |
| carbidopa-levodopa TBCR _____ 35                                                          | carvedilol 25 MG _____ 40                                                     | CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil) _____ 77       |
| carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML, 1000 MG/100ML _____ 29 | carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____ 41                                | cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG 43                        |
| CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 41         | carvedilol phosphate _____ 41                                                 | cephalexin SUSR _____ 43                                 |
| CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 41                         | CARVYKTI _____ 31                                                             | CEPROTIN _____ 64                                        |
| CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _____ 41                           | CASODEX (Use bicalutamide) ____ 31                                            | CERASPORT EX1 SOLN _____ 75                              |
| CARDURA (Use doxazosin mesylate) _____ 25                                                 | CASTIVA WARMING LOTN _____ 54                                                 | CERASPORT SOLN _____ 75                                  |
| CARESENS N GLUCOSE TEST STRP _____ 55                                                     | CAYSTON _____ 28                                                              | CERDELGA _____ 64                                        |
| CARESENS N PLUS BT KIT ____ 68                                                            | cefaclor CAPS _____ 43                                                        | CEREZYME 400 UNIT _____ 64                               |
| CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT _____ 55                                                 | cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____ 43                     | cetirizine hcl CHEW _____ 22                             |
| CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC _____ 71                                                | cefadroxil CAPS _____ 43                                                      | cetirizine hcl SOLN PO _____ 22                          |
| CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC _____ 71                                                 | cefadroxil SUSR _____ 43                                                      | cetirizine hcl SYRP PO _____ 22                          |
| CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____ 71                                                   | cefadroxil TABS _____ 43                                                      | cetirizine hcl TABS _____ 22                             |
| CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC _____ 71                                                | cefdinir CAPS _____ 44                                                        | cetirizine-pseudoephedrine _____ 46                      |
|                                                                                           | cefdinir SUSR _____ 44                                                        | cetrorelix acetate _____ 58                              |
|                                                                                           | cefixime CAPS _____ 44                                                        | CETROTIDE (Use cetrorelix acetate) .....58               |
|                                                                                           | cefprozil SUSR _____ 43                                                       | CHANTIX STARTING MONTH PAK                               |

|                                                            |    |                                                             |    |                                                                 |    |
|------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|----|
| TBPK (Use varenicline tartrate) ____                       | 91 | cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____        | 98 | citalopram hydrobromide SOLN ____                               | 16 |
| CHEMET _____                                               | 21 | cholecalciferol LIQD PO _____                               | 98 | citalopram hydrobromide TABS 10 MG _____                        | 16 |
| CHEMSTRIP K STRP _____                                     | 55 | cholestyramine light PACK _____                             | 23 | citalopram hydrobromide TABS 20 MG _____                        | 16 |
| chenodiol _____                                            | 61 | cholestyramine light POWD _____                             | 23 | citalopram hydrobromide TABS 40 MG _____                        | 16 |
| CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____      | 4  | cholestyramine PACK _____                                   | 23 | cladribine 10 MG/10ML _____                                     | 29 |
| CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____     | 4  | cholestyramine POWD _____                                   | 23 | clarithromycin SUSR 125 MG/5ML                                  | 68 |
| chlordiazepoxide hcl CAPS _____                            | 9  | CHORIONIC GONADOTROPIN IM 58                                |    | clarithromycin SUSR 250 MG/5ML                                  | 68 |
| chlorhexidine gluconate (mouth-throat) _____               | 78 | CIBINQO _____                                               | 53 | clarithromycin TABS _____                                       | 68 |
| chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 % _____                  | 37 | cilostazol _____                                            | 64 | clarithromycin TB24 _____                                       | 68 |
| chloroquine phosphate TABS 250 MG _____                    | 28 | CILOXAN OINT _____                                          | 85 | CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine) _____          | 23 |
| chloroquine phosphate TABS 500 MG _____                    | 28 | CILOXAN SOLN (Use ciprofloxacin hcl (ophth)) _____          | 85 | CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine) _____           | 23 |
| chlorpheniramine maleate SYRP _                            | 22 | CIMDUO _____                                                | 37 | CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine) _____             | 23 |
| chlorpheniramine maleate TABS _                            | 22 | cimetidine hcl PO 300 MG/5ML ____                           | 93 | CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (Use loratadine) _____              | 23 |
| chlorpromazine hcl TABS 10 MG .                            | 37 | cimetidine TABS _____                                       | 93 | CLARITIN SOLN (Use loratadine) .                                | 23 |
| chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____ | 37 | cinacalcet hcl _____                                        | 59 | CLARITIN TABS (Use loratadine) .                                | 23 |
| chlorthalidone 25 MG, 50 MG ____                           | 57 | CINQAIR _____                                               | 10 | CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____ | 46 |
| CHLOR-TRIMETON SYRP (Use chlorpheniramine maleate) _____   | 22 | CINRYZE SOLR IV _____                                       | 64 | CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____ | 46 |
| CHLOR-TRIMETON TABS (Use chlorpheniramine maleate) _____   | 22 | CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____     | 61 | CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT _____                          | 55 |
| chlorzoxazone TABS 500 MG ____                             | 81 | CIPRODEX (Use ciprofloxacin-dexamethasone) _____            | 87 | clemastine fumarate TABS 1.34 MG .                              | 22 |
| CHOLBAM _____                                              | 61 | ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ____                         | 85 | CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____         | 28 |
| cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 50000 UNIT _____             | 97 | ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____                          | 61 | CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____              | 28 |
| cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT _____              | 98 | ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____         | 61 |                                                                 |    |
| cholecalciferol CAPS _____                                 | 97 | ciprofloxacin-dexamethasone ____                            | 87 |                                                                 |    |
|                                                            |    | cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML _____ | 29 |                                                                 |    |
|                                                            |    | CISPLATIN SOLR _____                                        | 29 |                                                                 |    |

|                                                                                                                          |    |                                                |    |                                                                                                   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____                                                                   | 96 | clonidine hcl (adhd) TB12 _____                | 1  | COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl) _____                                                 | 23 |
| CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____                                                               | 49 | clonidine hcl TABS _____                       | 25 | COLESTID GRAN (Use colestipol hcl) _____                                                          | 23 |
| CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____                                                                                      | 71 | clopidogrel bisulfate 75 MG _____              | 64 | COLESTID TABS (Use colestipol hcl) _____                                                          | 23 |
| CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.06 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR (Use estradiol) _____ | 61 | clorazepate dipotassium TABS _____             | 9  | .....                                                                                             | 23 |
| CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____                                                                | 49 | clotrimazole (topical) CREA _____              | 49 | colestipol hcl GRAN _____                                                                         | 23 |
| clindamycin hcl 150 MG, 300 MG _____                                                                                     | 28 | clotrimazole (topical) SOLN _____              | 49 | colestipol hcl TABS _____                                                                         | 23 |
| clindamycin palmitate hydrochloride _____                                                                                | 28 | clotrimazole vaginal CREA 1 % _____            | 96 | COMBIPATCH PTTW _____                                                                             | 60 |
| clindamycin phosphate (topical) GEL _____                                                                                | 49 | clotrimazole vaginal CREA 2 % _____            | 96 | COMBIVENT RESPIMAT AERS _____                                                                     | 11 |
| clindamycin phosphate (topical) LOTN _____                                                                               | 49 | clotrimazole w/ betamethasone CREA _____       | 49 | COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine) _____                                                        | 38 |
| clindamycin phosphate (topical) SOLN _____                                                                               | 49 | clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____       | 50 | COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT _____                                                            | 32 |
| clindamycin phosphate vaginal CREA _____                                                                                 | 96 | clozapine TABS _____                           | 36 | COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT _____                                                            | 32 |
| CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT _____                                                                                  | 55 | CLOZARIL TABS (Use clozapine) _____            | 36 | COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT _____                                                             | 32 |
| clobetasol propionate CREA 0.05 % _____                                                                                  | 52 | CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC _____       | 71 | COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES _____                                                                  | 69 |
| clobetasol propionate emollient base 0.05 % _____                                                                        | 52 | COAGADEX _____                                 | 63 | COMIRNATY SUSP _____                                                                              | 95 |
| clobetasol propionate GEL 0.05 % _____                                                                                   | 52 | coal tar extract SHAM 0.5 % _____              | 55 | COMIRNATY SUSY _____                                                                              | 95 |
| clobetasol propionate OINT 0.05 % _____                                                                                  | 52 | COARTEM _____                                  | 28 | COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (Use emtricitabine- rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate) _____ | 38 |
| clobetasol propionate SOLN 0.05 % _____                                                                                  | 52 | codeine sulfate TABS 30 MG _____               | 6  | CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _____                                 | 1  |
| clomipramine hcl 75 MG _____                                                                                             | 17 | CODEINE SULFATE TABS _____                     | 6  | CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____                                               | 1  |
| clonazepam TABS _____                                                                                                    | 12 | COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____ | 67 | CONDOMS-MISC _____                                                                                | 68 |
|                                                                                                                          |    | COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____  | 67 | CONTOUR NEXT EZ KIT _____                                                                         | 68 |
|                                                                                                                          |    | COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____  | 62 | CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT _____                                                                | 68 |
|                                                                                                                          |    | colchicine TABS _____                          | 63 | CONTOUR PLUS BLUE KIT _____                                                                       | 68 |
|                                                                                                                          |    | colchicine w/ probenecid _____                 | 63 |                                                                                                   |    |
|                                                                                                                          |    | COLCRYST TABS (Use colchicine) _____           | 63 |                                                                                                   |    |
|                                                                                                                          |    | COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____       | 46 |                                                                                                   |    |

|                                                   |    |                                                                  |    |                                                |    |
|---------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------|----|
| CONTOUR PLUS TEST STRP                            | 56 | cromolyn sodium (ophth)                                          | 86 | cyclosporine CAPS                              | 77 |
| COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate)            | 90 | cromolyn sodium NEBU                                             | 10 | cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS | 77 |
| COPIKTRA                                          | 32 | crotamiton LOTN                                                  | 54 | cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN | 77 |
| COREG 25 MG (Use carvedilol)                      | 41 | CTEXLI 250 MG                                                    | 61 | cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML                  | 77 |
| COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) | 41 | CUTAQUIG                                                         | 87 | CYLTEZO (2 PEN) AJKT                           | 3  |
| COREG CR (Use carvedilol phosphate)               | 41 | CUVITRU SOLN                                                     | 87 | CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT                       | 3  |
| CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML                          | 55 | CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT                                    | 56 | CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT                  | 3  |
| CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (Use nadolol)           | 41 | CVS DRY MOUTH SOLN                                               | 78 | CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT              | 3  |
| CORIFACT                                          | 63 | CVS GLUCOSE                                                      | 18 | CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)             | 17 |
| CORTEF TABS (Use hydrocortisone)                  | 45 | CVS GLUCOSE CHEW                                                 | 18 | cyproheptadine hcl SYRP                        | 23 |
| CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal))      | 8  | CVS LANOLIN CREA                                                 | 54 | cyproheptadine hcl TABS                        | 23 |
| CORTISONE ACETATE TABS                            | 45 | CVS SOFT GLUCOSE CHEW                                            | 18 | CYRAMZA                                        | 30 |
| CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin)                  | 55 | CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP                                | 56 | CYSTADANE (Use betaine)                        | 59 |
| COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate)      | 84 | cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML                               | 64 | CYSTADROPS                                     | 86 |
| cosyntropin SOLR                                  | 55 | cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG                             | 81 | CYSTAGON CAPS                                  | 62 |
| COTELLIC                                          | 32 | cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG                                  | 81 | CYSTARAN                                       | 86 |
| COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT                 | 56 | CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)                                | 84 | cytarabine SOLN                                | 29 |
| COVID-19 AT-HOME TEST KIT                         | 56 | CYCLOGYL 0.5 %                                                   | 84 | CYTOGAM SOLN                                   | 87 |
| COZAAR (Use losartan potassium) 25                | 25 | CYCLOGYL 2 %                                                     | 84 | CYTOMEL TABS (Use liothyronine sodium)         | 92 |
| CREON CPEP                                        | 57 | cyclopentolate hcl 1 %                                           | 84 | CYTOTEC (Use misoprostol)                      | 94 |
| CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium)           | 24 | CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML (Use cyclophosphamide) | 29 | dabigatran etexilate mesylate CAPS             | 12 |
| cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT                | 82 | CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML          | 29 | DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS                   | 79 |
|                                                   |    | cyclophosphamide SOLN                                            | 29 | dalfampridine                                  | 90 |
|                                                   |    | cyclophosphamide SOLR IJ                                         | 29 | DALIRESP (Use roflumilast)                     | 10 |
|                                                   |    |                                                                  |    | dapagliflozin propanediol                      | 20 |

|                                                             |    |                                                                              |    |                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|
| dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG _____ | 18 | deflazacort SUSP _____                                                       | 45 | DERMAREST PSORIASIS GEL__                                     | 53 |
| dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG _____  | 18 | deflazacort TABS _____                                                       | 45 | DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide) ____   | 52 |
| dapsone _____                                               | 27 | DEFLUX _____                                                                 | 63 | DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic)) _____            | 87 |
| DAPTACEL _____                                              | 92 | DELSTRIGO _____                                                              | 38 | DESCOVY 120 MG-15 MG ____                                     | 38 |
| DARAPRIM (Use pyrimethamine) _____                          | 28 | DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____          | 46 | DESCOVY 200 MG-25 MG ____                                     | 38 |
| darunavir TABS 600 MG ____                                  | 38 | DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex) ____                           | 46 | DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) _____             | 21 |
| darunavir TABS 800 MG ____                                  | 38 | DELZICOL CPDR (Use mesalamine) _____                                         | 62 | desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG ____ | 17 |
| DARZALEX _____                                              | 30 | DEMSEER (Use metyrosine) _____                                               | 25 | desipramine hcl TABS 25 MG ____                               | 17 |
| DARZALEX FASPRO _____                                       | 32 | DENGVAIXA _____                                                              | 95 | desmopressin acetate SOLN IJ ____                             | 60 |
| dasatinib _____                                             | 32 | DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium) _____                        | 14 | DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA _____                            | 60 |
| DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl) _____          | 32 | DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium) _____                        | 14 | desmopressin acetate spray ____                               | 60 |
| daunorubicin hcl SOLN _____                                 | 32 | DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium) _____                        | 15 | desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 % _____          | 60 |
| DAURISMO _____                                              | 31 | DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium) _____                           | 15 | desmopressin acetate TABS ____                                | 60 |
| DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS _____                   | 22 | DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium) _____                           | 15 | desogestrel & ethinyl estradiol ____                          | 44 |
| DDAVP PF SOLN IJ (Use desmopressin acetate) _____           | 60 | DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium) _____                           | 15 | desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____                | 44 |
| DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate) _____     | 60 | DEPEN TITRATABS TABS (Use penicillamine) _____                               | 76 | desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____               | 44 |
| DDAVP TABS (Use desmopressin acetate) _____                 | 60 | DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____ | 45 | desonide CREA _____                                           | 52 |
| DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____          | 87 | DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____ | 45 | desonide OINT _____                                           | 52 |
| decitabine _____                                            | 29 | DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____                                          | 45 | DESOWEN CREA (Use desonide) _____                             | 52 |
| deferasirox PACK _____                                      | 21 |                                                                              |    | desoximetasone CREA 0.05 % ____                               | 52 |
| deferasirox TABS _____                                      | 21 |                                                                              |    | desoximetasone CREA 0.25 % ____                               | 52 |
| deferasirox TBSO _____                                      | 21 |                                                                              |    | desoximetasone GEL _____                                      | 52 |
| deferiprone TABS _____                                      | 21 |                                                                              |    | desoximetasone OINT 0.25 % ____                               | 52 |
| deferoxamine mesylate _____                                 | 21 |                                                                              |    | DESTRESS-IRON TABS _____                                      | 79 |
| DEFITELIO _____                                             | 64 |                                                                              |    | desvenlafaxine succinate 100 MG .17                           |    |

|                                                                                 |                                                                                                                   |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____ 17                                  | dextromethorphan hbr LIQD 7.5 MG/5ML _____ 46                                                                     | (Use diazepam (anticonvulsant)) _ 12                           |
| DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____ 94                              | dextromethorphan polistirex SUER 46                                                                               | DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _ 12 |
| DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____ 94                                 | dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD _____ 46                                                           | DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant)) _____ 12 |
| DEX4 _____ 18                                                                   | dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____ 47 | diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG _____ 12                   |
| DEX4 NATURALS _____ 18                                                          | dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML _____ 46      | diazepam (anticonvulsant) GEL ____ 12                          |
| dexamethasone ELIX _____ 45                                                     | dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____ 46                                                   | diazepam SOLN PO 5 MG/5ML ____ 9                               |
| dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____ 86                                 | dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____ 47                           | diazepam TABS _____ 9                                          |
| dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____ 45 | dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____ 47                                                           | dibucaine _____ 54                                             |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML .45                              | dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS _____ 47                                                        | dichlorphenamide _____ 57                                      |
| dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____ 45                         | DEXYCU SUSP IO _____ 86                                                                                           | diclofenac potassium TABS 50 MG . 4                            |
| dexamethasone SOLN _____ 45                                                     | DHIVY TABS _____ 35                                                                                               | diclofenac sodium (ophth) _____ 86                             |
| dexamethasone TABS _____ 45                                                     | DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____ 55                                                                  | diclofenac sodium (topical) GEL EX 50                          |
| DEXCOM G6 RECEIVER _____ 68                                                     | DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____ 55                                                                      | diclofenac sodium TBEC _____ 4                                 |
| DEXCOM G7 RECEIVER _____ 68                                                     | DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____ 47                                                                            | dicloxacillin sodium _____ 88                                  |
| DEXCOM G7 SENSOR _____ 68                                                       | DIACOMIT CAPS 250 MG _____ 13                                                                                     | dicyclomine hcl CAPS _____ 92                                  |
| DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate) ____ 1              | DIACOMIT CAPS 500 MG _____ 13                                                                                     | dicyclomine hcl SOLN PO _____ 93                               |
| DEXILANT (Use dexlansoprazole) 93                                               | DIACOMIT PACK 250 MG _____ 13                                                                                     | dicyclomine hcl TABS _____ 93                                  |
| dexlansoprazole _____ 93                                                        | DIACOMIT PACK 500 MG _____ 13                                                                                     | DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide) _____ 49         |
| dexmethylphenidate hcl TABS ____ 1                                              | DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG                                                                                         | DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) . 22                           |
| dexrazoxane hcl _____ 34                                                        |                                                                                                                   | DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____ 22        |
| DEXTENZA INST _____ 86                                                          |                                                                                                                   | DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____ 22                |
| dextroamphetamine sulfate CP24 _ 1                                              |                                                                                                                   | diflunisal TABS _____ 6                                        |
| dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____ 1                              |                                                                                                                   | digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML ____ 42                             |
|                                                                                 |                                                                                                                   | digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG 42                               |



|                                                                                            |                                                                             |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| dihydroergotamine mesylate SOLN<br>NA 4 MG/ML _____ 74                                     | diphenhydramine hcl (sleep) CAPS<br>50 MG _____ 66                          | divalproex sodium TBEC 250 MG .15                                             |
| DILANTIN (Use phenytoin sodium<br>extended) _____ 14                                       | diphenhydramine hcl (sleep) TABS<br>25 MG _____ 66                          | divalproex sodium TBEC 500 MG .15                                             |
| DILANTIN _____ 14                                                                          | diphenhydramine hcl (sleep) TABS<br>50 MG _____ 66                          | DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80<br>MG/4ML, 160 MG/8ML (Use<br>docetaxel) _____ 34 |
| DILANTIN INFATABS CHEW (Use<br>phenytoin) _____ 14                                         | diphenhydramine hcl CAPS _____ 22                                           | docetaxel CONC 20 MG/ML, 80<br>MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34                    |
| DILANTIN SUSP (Use phenytoin) .14                                                          | diphenhydramine hcl ELIX 12.5<br>MG/5ML _____ 22                            | DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80<br>MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34                    |
| DILANTIN-125 SUSP (Use<br>phenytoin) _____ 14                                              | diphenhydramine hcl LIQD 12.5<br>MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML<br>..... 22 | DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)<br>34                                          |
| DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use<br>hydromorphone hcl) _____ 6                                | diphenhydramine hcl TABS 25 MG<br>22                                        | DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80<br>MG/8ML, 160 MG/16ML _____ 34                  |
| DILAUDID TABS 8 MG (Use<br>hydromorphone hcl) _____ 6                                      | diphenoxylate w/ atropine LIQD ____ 20                                      | docetaxel SOLN _____ 34                                                       |
| diltiazem hcl coated beads CP24 120<br>MG, 180 MG, 300 MG _____ 42                         | diphenoxylate w/ atropine TABS ____ 20                                      | DOCIVYX SOLN _____ 34                                                         |
| diltiazem hcl coated beads CP24 240<br>MG _____ 42                                         | dipyridamole _____ 64                                                       | docusate sodium CAPS 100 MG, 250<br>MG _____ 67                               |
| diltiazem hcl CP12 _____ 42                                                                | disopyramide phosphate CAPS ____ 10                                         | docusate sodium CAPS 50 MG ____ 67                                            |
| diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG .<br>42                                                  | DISPOSABLE FULL RANGE MISC<br>71                                            | docusate sodium LIQD 50 MG/5ML,<br>100 MG/10ML _____ 67                       |
| diltiazem hcl CP24 240 MG _____ 42                                                         | DISPOSABLE LOW RANGE MISC<br>71                                             | DOCUSATE SODIUM SYRP ____ 67                                                  |
| diltiazem hcl extended release beads<br>120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG,<br>420 MG _____ 42 | DISPOSABLE LOW<br>RANGE/PEDIATRIC MISC _____ 71                             | docusate sodium TABS _____ 67                                                 |
| diltiazem hcl extended release beads<br>240 MG _____ 42                                    | DISPOSABLE PAPER MISC ____ 71                                               | dofetilide _____ 10                                                           |
| diltiazem hcl TABS _____ 42                                                                | DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE<br>MISC _____ 71                                 | DOJOLVI _____ 84                                                              |
| dimenhydrinate TABS _____ 21                                                               | disulfiram 250 MG _____ 90                                                  | DOLOBID TABS _____ 6                                                          |
| dimethyl fumarate CDPK _____ 90                                                            | DITROPAN XL TB24 5 MG (Use<br>oxybutynin chloride) _____ 94                 | donepezil hydrochloride TABS 5 MG,<br>10 MG _____ 90                          |
| dimethyl fumarate CPDR _____ 90                                                            | divalproex sodium CSDR _____ 15                                             | dorzolamide hcl _____ 86                                                      |
| DIOVAN HCT (Use valsartan-<br>hydrochlorothiazide) _____ 26                                | divalproex sodium TB24 250 MG .15                                           | DORZOLAMIDE HCL _____ 86                                                      |
| DIOVAN TABS (Use valsartan) ____ 25                                                        | divalproex sodium TB24 500 MG .15                                           | DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL<br>..... 84                                       |
|                                                                                            | divalproex sodium TBEC 125 MG .15                                           | dorzolamide hcl-timolol maleate ....84                                        |
|                                                                                            |                                                                             | DOVATO _____ 38                                                               |

|                                                                |    |                                                   |    |                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|
| doxazosin mesylate _____                                       | 25 | EASY COMFORT INSULIN<br>SYRINGE _____             | 69 | efavirenz-emtricitabine-tenofovir<br>disoproxil fumarate _____ | 38 |
| doxepin hcl CAPS _____                                         | 17 | EASY COMFORT PEN NEEDLES .<br>69                  |    | efavirenz-lamivudine-tenofovir<br>disoproxil fumarate _____    | 38 |
| doxepin hcl CONC _____                                         | 17 | EASY FLOW 300 MM HOSE MISC .<br>71                |    | EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use<br>venlafaxine hcl) _____          | 17 |
| doxycycline (monohydrate) CAPS 50<br>MG, 100 MG _____          | 92 | EASY FLOW 400 MM HOSE MISC .<br>71                |    | EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use<br>venlafaxine hcl) _____         | 17 |
| doxycycline (monohydrate) TABS 50<br>MG, 100 MG _____          | 92 | EASY FLOW AIR NOZZLE MISC .71                     |    | EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use<br>venlafaxine hcl) _____           | 17 |
| doxycycline hyclate CAPS _____                                 | 92 | EASY FLOW HEPA FILTER MISC .<br>71                |    | EFFIENT (Use prasugrel hcl) ____                               | 64 |
| doxycycline hyclate TABS 100 MG .<br>92                        |    | EASY MAX BLOOD GLUCOSE<br>TEST STRP _____         | 56 | EFUDEX CREA (Use fluorouracil<br>(topical)) _____              | 50 |
| doxylamine succinate (sleep) ____                              | 66 | EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM<br>KIT _____           | 68 | ELAPRASE _____                                                 | 59 |
| DRAMAMINE CHEW _____                                           | 21 | EASY TALK PLUS II TIRAS<br>REACTIVAS STRP _____   | 56 | eletriptan hydrobromide _____                                  | 74 |
| DRAMAMINE TABS (Use<br>dimenhydrinate) _____                   | 21 | EASY TOUCH HEALTHPRO<br>GLUCOSE KIT _____         | 68 | ELIDEL (Use pimecrolimus) ____                                 | 53 |
| DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol) .<br>98                      |    | EASY TOUCH HEALTHPRO<br>GLUCOSE STRP _____        | 56 | ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____                                    | 31 |
| DROPLET PEN NEEDLES _____                                      | 69 | EASY TRAK II GLUCOSE TEST<br>STRP _____           | 56 | ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45<br>MG _____                      | 31 |
| drospirenone-ethinyl estradiol ____                            | 44 | EBASE CONTROLLER KIT MISC .71                     |    | ELIMITE CREA (Use permethrin) _                                | 54 |
| DROXIA CAPS _____                                              | 64 | econazole nitrate CREA _____                      | 50 | ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK<br>TBPk _____                      | 12 |
| droxidopa _____                                                | 97 | ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC<br>(Use aspirin) _____ | 6  | ELIQUIS TABS _____                                             | 12 |
| DRYSOL SOLN _____                                              | 54 | ECOTRIN TBEC (Use aspirin) ____                   | 6  | ELLA _____                                                     | 45 |
| DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC<br>(Use bisacodyl) _____           | 67 | ED BRON GP LIQD _____                             | 47 | ELLENCE SOLN _____                                             | 32 |
| DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) .<br>67                          |    | edaravone SOLN _____                              | 83 | ELLUME COVID-19 HOME TEST<br>KIT _____                         | 56 |
| DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) .<br>67                          |    | EDURANT _____                                     | 38 | ELOCTATE _____                                                 | 63 |
| duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG,<br>60 MG _____               | 17 | efavirenz CAPS 200 MG _____                       | 38 | EMBECTA AUTOSHIELD DUO ____                                    | 69 |
| DUROLANE PRSY _____                                            | 81 | efavirenz CAPS 50 MG _____                        | 38 | EMBECTA PEN NEEDLE NANO .69                                    |    |
| D-VI-SOL LIQD PO (Use<br>cholecalciferol) _____                | 98 | efavirenz TABS _____                              | 38 | EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2<br>GEN _____                         | 69 |
| E.E.S. GRANULES SUSR (Use<br>erythromycin ethylsuccinate) ____ | 68 |                                                   |    | EMBECTA PEN NEEDLE<br>ULTRAFINE _____                          | 69 |

|                                                                    |    |                                                               |    |                                                                                       |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| EMBRACE PEN NEEDLES _____                                          | 70 | enoxaparin sodium SOLN IJ 300<br>MG/3ML _____                 | 12 | ergotamine w/ caffeine TABS _____                                                     | 74 |
| EMBRACE PRO GLUCOSE TEST<br>STRP _____                             | 56 | enoxaparin sodium SOSY _____                                  | 12 | eribulin mesylate _____                                                               | 34 |
| EMBRACE WAVE BLOOD<br>GLUCOSE STRP _____                           | 56 | ENSPRYNG _____                                                | 77 | ERIVEDGE _____                                                                        | 31 |
| EMCYT _____                                                        | 31 | ENTYVIO SOLR _____                                            | 62 | ERLEADA 60 MG _____                                                                   | 31 |
| EMFLAZA SUSP (Use deflazacort) .<br>45                             |    | EPICORD SHEE _____                                            | 55 | erlotinib hcl _____                                                                   | 31 |
| EMFLAZA TABS (Use deflazacort) .<br>45                             |    | EPIDIOLEX _____                                               | 13 | ertapenem sodium IJ _____                                                             | 27 |
| EMOLLIENT LOTION-MISC _____                                        | 53 | EPIFOAM FOAM _____                                            | 52 | ERYGEL GEL (Use erythromycin<br>(acne aid)) _____                                     | 49 |
| EMPLICITI _____                                                    | 30 | epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15<br>MG/0.15ML _____        | 97 | ERYPED 200 SUSR (Use<br>erythromycin ethylsuccinate) _____                            | 68 |
| emtricitabine CAPS _____                                           | 38 | epinephrine (anaphylaxis) SOAJ _                              | 97 | ERYPED 400 SUSR (Use<br>erythromycin ethylsuccinate) _____                            | 68 |
| emtricitabine-rilpivirine-tenofovir<br>disoproxil fumarate _____   | 38 | epinephrine hcl (nasal) _____                                 | 82 | erythromycin (acne aid) GEL _____                                                     | 49 |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil<br>fumarate 200 MG-300 MG _____ | 38 | EPINEPHRINE SOAJ 0.3 MG/0.3ML .<br>97                         |    | erythromycin (acne aid) SOLN _____                                                    | 49 |
| EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine) .<br>38                           |    | EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use<br>epinephrine (anaphylaxis)) _____    | 97 | erythromycin (ophth) _____                                                            | 85 |
| EMTRIVA SOLN _____                                                 | 38 | EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (Use<br>epinephrine (anaphylaxis)) _____ | 97 | ERYTHROMYCIN _____                                                                    | 85 |
| EMVERM CHEW _____                                                  | 9  | EPIVIR SOLN (Use lamivudine) _____                            | 38 | erythromycin base CPEP _____                                                          | 68 |
| enalapril maleate &<br>hydrochlorothiazide _____                   | 26 | EPIVIR TABS 150 MG (Use<br>lamivudine) _____                  | 38 | erythromycin base TABS _____                                                          | 68 |
| enalapril maleate TABS _____                                       | 24 | EPIVIR TABS 300 MG (Use<br>lamivudine) _____                  | 38 | erythromycin base TBEC _____                                                          | 68 |
| ENDARI (Use glutamine (sickle cell))<br>.....                      | 64 | epoprostenol sodium _____                                     | 42 | erythromycin ethylsuccinate SUSR .<br>68                                              |    |
| ENFAMIL ENFALYTE SOLN _____                                        | 75 | EPZICOM (Use abacavir sulfate-<br>lamivudine) _____           | 38 | erythromycin ethylsuccinate TABS                                                      | 68 |
| ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON<br>SOLN 11 MG/ML _____                    | 80 | EQL DRY MOUTH ORAL RINSE<br>SOLN _____                        | 78 | erythromycin stearate TABS 250 MG .<br>68                                             |    |
| ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML _____                                     | 95 | EQUALYTE SOLN (Use oral<br>electrolytes) _____                | 75 | ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78<br>MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156<br>MG/ML, 234 MG/1.5ML _____ | 36 |
| ENERGIX-B SUSY _____                                               | 95 | ERBITUX _____                                                 | 31 | ESBRIET CAPS (Use pirfenidone)                                                        | 92 |
| ENHERTU _____                                                      | 30 | ergocalciferol CAPS _____                                     | 98 | ESBRIET TABS (Use pirfenidone) .                                                      | 92 |
| ENJAYMO _____                                                      | 64 | ergocalciferol SOLN PO 200<br>MCG/ML _____                    | 98 | escitalopram oxalate TABS 10 MG .<br>16                                               |    |
|                                                                    |    |                                                               |    | escitalopram oxalate TABS 20 MG .<br>16                                               |    |

|                                                                        |                                                                        |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| escitalopram oxalate TABS 5 MG . 16                                    | EULEXIN _____ 31                                                       | ezetimibe-simvastatin _____ 23                                                     |
| ESGIC TABS (Use butalbital-<br>acetaminophen-caffeine) _____ 5         | EVAC POWD (Use psyllium) _____ 66                                      | famciclovir _____ 40                                                               |
| esomeprazole magnesium CPDR 20<br>MG _____ 93                          | EVENITY _____ 58                                                       | famotidine SUSR _____ 93                                                           |
| ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT,<br>1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT<br>63 | everolimus TABS _____ 32                                               | famotidine TABS 10 MG _____ 93                                                     |
|                                                                        | everolimus TBSO _____ 32                                               | famotidine TABS 20 MG, 40 MG _ 93                                                  |
| ESTRACE CREA (Use estradiol<br>vaginal) _____ 97                       | EVERSENSE 365<br>SENSOR/HOLDER _____ 68                                | FARESTON (Use toremifene citrate)<br>.....31                                       |
| ESTRACE TABS (Use estradiol) _ 61                                      | EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER<br>.....68                                  | FARXIGA (Use dapagliflozin<br>propanediol) _____ 20                                |
| estradiol & norethindrone acetate<br>TABS _____ 60                     | EVISTA (Use raloxifene hcl) ____ 59                                    | FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST<br>KIT _____ 56                                       |
| estradiol PTTW _____ 61                                                | EVKEEZA _____ 23                                                       | FEIBA _____ 63                                                                     |
| estradiol PTWK _____ 61                                                | EVOMELA IV _____ 29                                                    | felbamate SUSP _____ 14                                                            |
| estradiol TABS _____ 61                                                | EVRYSDI _____ 83                                                       | felbamate TABS _____ 14                                                            |
| estradiol vaginal CREA _____ 97                                        | EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5<br>MG/24HR (Use rivastigmine) ____ 90          | FELBATOL SUSP (Use felbamate)<br>14                                                |
| estradiol vaginal TABS _____ 97                                        | exemestane _____ 31                                                    | FELBATOL TABS (Use felbamate)<br>14                                                |
| ESTROFACTORS TABS _____ 79                                             | exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML .19                                       | FELDENE CAPS (Use piroxicam) _ 4                                                   |
| ethambutol hcl TABS _____ 28                                           | exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML _ 19                                       | felodipine _____ 42                                                                |
| ethosuximide CAPS _____ 14                                             | EXFORGE (Use amlodipine<br>besylate-valsartan) _____ 26                | FEMARA (Use letrozole) _____ 31                                                    |
| ethosuximide SOLN _____ 14                                             | EXFORGE HCT (Use amlodipine-<br>valsartan-hydrochlorothiazide) ____ 26 | fenofibrate micronized 134 MG, 200<br>MG _____ 24                                  |
| ethynodiol diacet & eth estrad ____ 44                                 | EXJADE TBSO (Use deferasirox) .21                                      | fenofibrate micronized 67 MG ____ 24                                               |
| etodolac CAPS _____ 4                                                  | EXKIVITY _____ 31                                                      | fenofibrate TABS 160 MG _____ 24                                                   |
| etodolac TABS _____ 4                                                  | EXONDYS 51 _____ 83                                                    | fenofibrate TABS 54 MG _____ 24                                                    |
| etonogestrel-ethinyl estradiol ____ 44                                 | EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC .<br>71                                     | FENOGLIDE TABS (Use fenofibrate)<br>24                                             |
| etoposide CAPS _____ 35                                                | EXSERVAN FILM _____ 83                                                 | fenoprofen calcium CAPS 400 MG_ 4                                                  |
| etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100<br>MG/5ML, 500 MG/25ML _____ 35          | EYLEA HD SOLN _____ 85                                                 | FENSOLVI (6 MONTH) SC ____ 59                                                      |
| etravirine 100 MG _____ 38                                             | EYLEA SOLN _____ 85                                                    | fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25<br>MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR,<br>100 MCG/HR _____ 6 |
| etravirine 200 MG _____ 38                                             | EYLEA SOSY _____ 85                                                    |                                                                                    |
| EUFLEXXA SOSY _____ 81                                                 | ezetimibe _____ 24                                                     |                                                                                    |

|                                                        |    |                                                                               |    |                                                               |    |
|--------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|
| FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____            | 65 | vancomycin hcl) _____                                                         | 27 | FLOTREX CHEW 0.25 MG _____                                    | 80 |
| FERRETTS TABS _____                                    | 65 | FLAVOR BLEND SUSP _____                                                       | 89 | FLOTREX CHEW 0.5 MG _____                                     | 80 |
| FERRIPROX SOLN _____                                   | 21 | FLAVOR PLUS LIQD _____                                                        | 89 | FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation)) | 11 |
| FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____                 | 21 | FLAVOR SWEET SYRP _____                                                       | 89 | FLOVENT DISKUS AEPB _____                                     | 11 |
| FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS                             | 21 | FLAVOR SWEET-SF SYRP _____                                                    | 89 | FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa) _____            | 11 |
| ferrous fumarate TABS _____                            | 65 | flavoxate hcl _____                                                           | 94 | FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT _____                      | 56 |
| ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS _____ | 65 | FLEBOGAMMA DIF SOLN _____                                                     | 87 | FLUAD _____                                                   | 95 |
| FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG _____                    | 65 | flecainide acetate _____                                                      | 10 | FLUAD QUADRIVALENT _____                                      | 95 |
| ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML _____          | 65 | FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____                                | 67 | FLUARIX QUADRIVALENT SUSY                                     | 95 |
| ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____    | 65 | FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____                            | 67 | FLUARIX SUSY _____                                            | 95 |
| ferrous sulfate TABS 325 MG, 65 MG, 325 MG _____       | 65 | FLEET SALINE ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____                         | 67 | FLUBLOK QUADRIVALENT _____                                    | 95 |
| FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____       | 65 | FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____                                           | 71 | FLUBLOK SOSY _____                                            | 95 |
| ferrous sulfate TBEC _____                             | 65 | FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____                                           | 71 | FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____                             | 95 |
| FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____                    | 5  | FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____                                           | 71 | FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____                             | 95 |
| fexofenadine hcl TABS 180 MG _____                     | 23 | FLOLAN (Use epoprostenol sodium) _____                                        | 42 | FLUCELVAX SUSP _____                                          | 95 |
| fexofenadine hcl TABS 60 MG _____                      | 23 | FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____ | 82 | FLUCELVAX SUSY _____                                          | 95 |
| FIBRYGA _____                                          | 63 | FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))              | 82 | fluconazole SUSR _____                                        | 22 |
| FILTER AIR PP MISC _____                               | 71 | FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____                                          | 80 | fluconazole TABS 100 MG, 200 MG                               | 22 |
| finasteride _____                                      | 62 | FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG _____                                            | 80 | fluconazole TABS 150 MG _____                                 | 22 |
| fingolimod hcl _____                                   | 90 | FLORAFOL PEDIATRIC SOLN _____                                                 | 80 | fluconazole TABS 50 MG _____                                  | 22 |
| FINTEPLA _____                                         | 13 | FLORIVA PLUS SOLN _____                                                       | 80 | fludarabine phosphate SOLN _____                              | 29 |
| FIRAZYR SOSY (Use icanitabant acetate) _____           | 64 |                                                                               |    | FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN _____                              | 29 |
| FIRVANQ SOLR PO (Use                                   |    |                                                                               |    | fludarabine phosphate SOLR _____                              | 29 |
|                                                        |    |                                                                               |    | fludrocortisone acetate TABS _____                            | 46 |
|                                                        |    |                                                                               |    | FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY .                                  |    |

|                                         |                                          |                                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| 95                                      | fluticasone propionate CREA 0.05 % .     | UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900     |
| FLULAVAL SUSY _____ 95                  | 52                                       | UNT/1.08ML _____ 58                 |
| FLUMIST _____ 95                        | fluticasone propionate hfa 110           | FOLOTYN _____ 29                    |
| FLUMIST QUADRIVALENT _____ 95           | MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____ 11            | fondaparinux sodium _____ 12        |
| flunisolide (nasal) _____ 82            | fluticasone propionate hfa 44            | FORA 6 CONNECT/GTEL TEST            |
| fluocinolone acetonide (otic) _____ 87  | MCG/ACT _____ 11                         | STRP _____ 56                       |
|                                         | fluticasone propionate OINT _____ 52     | FORA GTEL BLOOD KETONE TEST         |
| fluocinolone acetonide OIL _____ 52     | fluticasone-salmeterol AEPB 100 _____ 56 |                                     |
| fluocinonide CREA 0.05 % _____ 52       | MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250                  |                                     |
| fluocinonide emulsified base _____ 52   | MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500                  | FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6          |
| fluocinonide GEL _____ 52               | MCG/ACT-50 MCG/ACT _____ 11              | CON _____ 56                        |
| fluocinonide OINT _____ 52              | fluvoxamine maleate TABS 100 MG .        | FORA TN'G ADVANCE PRO STRP .        |
| fluocinonide SOLN _____ 52              | 16                                       | 56                                  |
| fluorometholone (ophth) SUSP _____ 86   | fluvoxamine maleate TABS 25 MG,          | formaldehyde SOLN 10 % _____ 37     |
| fluorouracil (topical) CREA 0.5 % . 50  | 50 MG _____ 16                           | FORTEO SOPN (Use teriparatide) 58   |
| fluorouracil (topical) CREA 5 % ____ 50 | FLUZONE HIGH-DOSE                        | FORTISCARE G1 TEST STRIP            |
| fluorouracil (topical) SOLN _____ 50    | QUADRIVALENT _____ 95                    | STRP _____ 56                       |
| fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG .      | FLUZONE HIGH-DOSE SUSY _____ 95          | FOSAMAX TABS 70 MG (Use             |
| 16                                      | FLUZONE QUADRIVALENT SUSP .              | alendronate sodium) _____ 58        |
| fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____ 16      | 95                                       | fosamprenavir calcium TABS _____ 38 |
| fluoxetine hcl SOLN _____ 16            | FLUZONE QUADRIVALENT SUSY .              | fosinopril sodium &                 |
| fluoxetine hcl TABS 10 MG _____ 16      | 95                                       | hydrochlorothiazide _____ 26        |
| fluoxetine hcl TABS 20 MG _____ 16      | FLUZONE SUSP _____ 95                    | fosinopril sodium _____ 24          |
| fluphenazine decanoate _____ 37         | FLUZONE SUSY _____ 95                    | FOTIVDA _____ 33                    |
| fluphenazine hcl TABS _____ 37          | FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE                | FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML,        |
| flurazepam hcl _____ 66                 | MISC _____ 71                            | 95000 UNIT/3.8ML _____ 12           |
| flurbiprofen sodium _____ 86            | FML LIQUIFILM SUSP (Use                  | FRAGMIN SOSY _____ 12               |
| flurbiprofen TABS _____ 4               | fluorometholone (ophth)) _____ 86        | FREESTYLE LIBRE 14 DAY              |
| fluticasone propionate (inhalation)     | FOCALIN TABS (Use                        | READER _____ 68                     |
| AEPB _____ 11                           | dexmethylphenidate hcl) _____ 1          | FREESTYLE LIBRE 14 DAY              |
| fluticasone propionate (nasal) SUSP .   | FOLCYTEINE TABS _____ 79                 | SENSOR _____ 68                     |
| 82                                      | folic acid TABS 1 MG _____ 65            | FREESTYLE LIBRE 2 PLUS              |
|                                         | folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG .       | SENSOR _____ 69                     |
|                                         | 65                                       | FREESTYLE LIBRE 2 READER . 69       |
|                                         | FOLLISTIM AQ SC 300                      | FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR . 69       |

|                                                         |    |                                                                     |    |                                                          |    |
|---------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|
| FREESTYLE LIBRE 3 PLUS<br>SENSOR _____                  | 69 | GAMMAKED 1 GM/10ML, 5<br>GM/50ML, 10 GM/100ML, 20<br>GM/200ML _____ | 87 | GIMOTI SOLN NA _____                                     | 61 |
| FREESTYLE LIBRE 3 READER .                              | 69 | GAMMAPLEX SOLN _____                                                | 87 | ginger (zingiber officinalis) CAPS 250<br>MG _____       | 2  |
| FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR .                              | 69 | GAMUNEX-C _____                                                     | 87 | GLASSIA SOLN _____                                       | 91 |
| FREESTYLE LIBRE READER ____                             | 69 | GANIRELIX ACETATE (Use<br>ganirelix acetate) _____                  | 58 | glatiramer acetate SOSY _____                            | 90 |
| FREESTYLE LITE KIT _____                                | 69 | ganirelix acetate _____                                             | 58 | GLEEVEC TABS (Use imatinib<br>mesylate) _____            | 33 |
| FT ELECTROLYTE SOLN _____                               | 75 | GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML _____                                        | 95 | glimepiride 1 MG, 2 MG _____                             | 20 |
| FT SALINE NASAL SPRAY SOLN                              | 82 | GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML _____                                        | 95 | glimepiride 4 MG _____                                   | 20 |
| FULL KIT NEBULIZER SET MISC .                           | 71 | GATTEX _____                                                        | 62 | glipizide TABS _____                                     | 20 |
| furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10<br>MG/ML _____           | 57 | GAUZE SPONGES _____                                                 | 68 | glipizide TB24 _____                                     | 20 |
| furosemide TABS _____                                   | 57 | GAVRETO _____                                                       | 33 | glipizide-metformin hcl _____                            | 18 |
| FUZEON SOLR _____                                       | 38 | GAZYVA _____                                                        | 30 | glucagon (rdna) _____                                    | 18 |
| FYARRO _____                                            | 33 | gefitinib _____                                                     | 31 | GLUCAGON EMERGENCY (Use<br>glucagon (rdna)) _____        | 18 |
| gabapentin CAPS _____                                   | 13 | GEL-ONE _____                                                       | 81 | GLUCO TO GO CHEW _____                                   | 18 |
| gabapentin SOLN _____                                   | 13 | GELSYN-3 SOSY _____                                                 | 81 | GLUCOSE 6 MG-4 GM _____                                  | 18 |
| gabapentin TABS 600 MG _____                            | 13 | gemfibrozil TABS _____                                              | 24 | GLUCOSE CHEW _____                                       | 18 |
| gabapentin TABS 800 MG _____                            | 13 | GENABIO COVID-19 RAPID TEST<br>KIT _____                            | 56 | GLUCOTROL XL TB24 (Use<br>glipizide) _____               | 20 |
| GABITRIL (Use tiagabine hcl) ____                       | 14 | GENERESS FE (Use norethindrone<br>& ethinyl estradiol-fe) _____     | 44 | GLUMETZA TB24 (Use metformin<br>hcl) _____               | 18 |
| GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen)<br>81                   |    | GENICIN VITA-Q TABS _____                                           | 79 | glutamine (sickle cell) _____                            | 64 |
| GABLOFEN SOLN IT 10000<br>MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____ | 81 | gentamicin sulfate (ophth) SOLN _                                   | 85 | glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG,<br>6 MG _____         | 20 |
| GALAFOLD _____                                          | 59 | gentamicin sulfate (topical) CREA .                                 | 49 | glyburide TABS _____                                     | 20 |
| galantamine hydrobromide CP24 .                         | 90 | gentamicin sulfate (topical) OINT .                                 | 49 | glyburide-metformin _____                                | 18 |
| galantamine hydrobromide SOLN .                         | 90 | GENVISC 850 SOSY _____                                              | 81 | GLYCERIN (ADULT) SUPP (Use<br>glycerin (laxative)) _____ | 67 |
| galantamine hydrobromide TABS .                         | 90 | GENVOYA _____                                                       | 38 | glycerin (laxative) SUPP 2 GM ____                       | 67 |
| GAMASTAN _____                                          | 87 | GEODON (Use ziprasidone hcl) _                                      | 36 | glycine diluent _____                                    | 89 |
| GAMIFANT _____                                          | 77 | GERI-TUSSIN SYRP _____                                              | 48 | glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG .                         | 93 |
| GAMMAGARD _____                                         | 87 | GILENYA (Use fingolimod hcl) ____                                   | 90 |                                                          |    |
| GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR<br>.....                    | 87 | GILOTRIF _____                                                      | 31 |                                                          |    |

|                                                                                                                                                         |    |                                                               |    |                                                                                                                  |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| GLYNASE (Use glyburide micronized) _____                                                                                                                | 20 | guaifenesin-codeine SYRP _____                                | 47 | UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT _____                                                                                 | 63 |
| GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP _____                                                                                                                  | 56 | guanfacine hcl (adhd) _____                                   | 1  | HEPAGAM B SOLN IJ _____                                                                                          | 87 |
| GNP ELECTROLYTE SOLUTION SOLN 280 MG/360ML-370 MG/360ML-2.8 MG/360ML-440 MG/360ML, 9 GM/360ML-280 MG/360ML-370 MG/360ML-2.8 MG/360ML-440 MG/360ML _____ | 75 | guanfacine hcl _____                                          | 25 | heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____ | 12 |
| GNP GLUCOSE CHEW _____                                                                                                                                  | 19 | GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 69                                  |    | heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML _____                                                              | 12 |
| GNP PEN NEEDLES _____                                                                                                                                   | 70 | GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED _____                          | 69 | HEPLISAV-B SOSY _____                                                                                            | 95 |
| GOCOVRI CP24 _____                                                                                                                                      | 35 | GYNAZOLE-1 _____                                              | 96 | HERCEPTIN 150 MG _____                                                                                           | 30 |
| GOJJI BLOOD KETONE TEST ____                                                                                                                            | 56 | GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (Use clotrimazole vaginal) _____         | 96 | HERCEPTIN HYLECTA _____                                                                                          | 32 |
| GOLYTELY SOLR (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____                                                                              | 66 | GYNE-LOTRIMIN CREA (Use clotrimazole vaginal) _____           | 96 | HIBERIX SOLR IJ _____                                                                                            | 94 |
| GONAL-F RFF REDIJECT SOPN .58                                                                                                                           |    | HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ ____                                   | 3  | HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____                                                            | 37 |
| GONAL-F RFF SOLR SC _____                                                                                                                               | 58 | HADLIMA SOSY _____                                            | 3  | HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____                                                                             | 79 |
| GONAL-F SOLR IJ _____                                                                                                                                   | 58 | HAEGARDA SOLR SC _____                                        | 64 | HIZENTRA SOLN _____                                                                                              | 87 |
| GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN _____                                                                                                               | 75 | HALAVEN (Use eribulin mesylate) 35                            |    | HIZENTRA SOSY _____                                                                                              | 87 |
| GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT _____                                                                                                                | 56 | HALCION 0.25 MG (Use triazolam) 66                            |    | homatropine hbr _____                                                                                            | 84 |
| GRANIX SOLN _____                                                                                                                                       | 65 | HALDOL DECANOATE (Use haloperidol decanoate) _____            | 36 | HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC _____                                                                         | 71 |
| GRANIX SOSY _____                                                                                                                                       | 65 | haloperidol decanoate _____                                   | 36 | HULIO (2 PEN) AJKT _____                                                                                         | 3  |
| GRAPE SYRUP SYRP _____                                                                                                                                  | 89 | haloperidol lactate CONC _____                                | 36 | HULIO (2 SYRINGE) PSKT ____                                                                                      | 3  |
| griseofulvin microsize SUSP _____                                                                                                                       | 21 | haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____        | 36 | HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____                                                                           | 19 |
| griseofulvin microsize TABS _____                                                                                                                       | 22 | haloperidol TABS 20 MG _____                                  | 36 | HUMALOG SOLN IJ _____                                                                                            | 19 |
| griseofulvin ultramicrosize _____                                                                                                                       | 22 | HAVRIX 1440 EL U/ML _____                                     | 95 | HUMATE-P SOLR _____                                                                                              | 63 |
| guaifenesin LIQD _____                                                                                                                                  | 48 | HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML ____                                 | 95 | HUMATROPE CART IJ _____                                                                                          | 59 |
| guaifenesin TB12 1200 MG _____                                                                                                                          | 48 | HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS _____                        | 65 | HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN 19                                                                                    |    |
| guaifenesin TB12 600 MG _____                                                                                                                           | 48 | HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____ | 63 | HUMULIN 70/30 SUSP _____                                                                                         | 19 |
| guaifenesin-codeine SOLN _____                                                                                                                          | 47 | HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500                                  |    | HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____                                                                                      | 19 |
|                                                                                                                                                         |    |                                                               |    | HUMULIN N SUSP _____                                                                                             | 19 |
|                                                                                                                                                         |    |                                                               |    | HUMULIN R SOLN IJ _____                                                                                          | 19 |



|                                                                                                                     |    |                                                        |                                            |                                                                |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----|
| HYALGAN SOLN _____                                                                                                  | 81 | 52                                                     | hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG<br>..... | 93                                                             |    |
| HYALGAN SOSY _____                                                                                                  | 81 | hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % .<br>52            | hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG<br>..... | 93                                                             |    |
| HYCANTIN CAPS _____                                                                                                 | 35 | hydrocortisone (topical) LOTN 1 % .<br>52              | hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG .<br>93  |                                                                |    |
| HYCANTIN SOLR (Use topotecan<br>hcl) _____                                                                          | 35 | hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % .<br>52            | hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG<br>..... | 93                                                             |    |
| HYCODAN SOLN (Use hydrocodone<br>bitartrate-homatropine<br>methylbromide) _____                                     | 46 | hydrocortisone (topical) OINT 1 % ,<br>2.5 % .....52   | HYPERHEP B SOLN IM _____                   | 87                                                             |    |
| hydralazine hcl TABS _____                                                                                          | 27 | hydrocortisone butyrate SOLN ____                      | 52                                         | HYPERRHO S/D SOSY IM 1500<br>UNIT _____                        | 87 |
| HYDRALYTE FREEZER POPS<br>SOLN _____                                                                                | 75 | HYDROCORTISONE COMPLETE<br>KIT THPK _____              | 52                                         | HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT<br>.....                         | 88 |
| HYDRALYTE SOLN _____                                                                                                | 75 | hydrocortisone TABS _____                              | 45                                         | HYQVIA _____                                                   | 88 |
| HYDREA (Use hydroxyurea) ____                                                                                       | 34 | hydrocortisone vaginal _____                           | 97                                         | HYRIMOZ SOAJ _____                                             | 3  |
| hydrochlorothiazide CAPS _____                                                                                      | 57 | hydrocortisone w/acetic acid ____                      | 87                                         | HYRIMOZ SOSY _____                                             | 3  |
| hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50<br>MG _____                                                                      | 57 | HYDROMORPHONE HCL SUPP _                               | 6                                          | HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER<br>SOAJ _____                        | 3  |
| hydrocodone bitartrate-homatropine<br>methylbromide SOLN _____                                                      | 46 | hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4<br>MG _____             | 6                                          | HYRONAN KIT _____                                              | 81 |
| hydrocodone-acetaminophen SOLN<br>108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217<br>MG/10ML-5 MG/10ML, 325<br>MG/15ML-7.5 MG/15ML _____ | 7  | hydromorphone hcl TABS 8 MG ____                       | 6                                          | HY-VEE GLUCOSE _____                                           | 19 |
| hydrocodone-acetaminophen SOLN<br>325 MG/15ML-10 MG/15ML ____                                                       | 7  | hydroxychloroquine sulfate 200 MG .<br>28              |                                            | HYZAAR (Use losartan potassium &<br>hydrochlorothiazide) _____ | 26 |
| hydrocodone-acetaminophen TABS<br>325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325<br>MG-7.5 MG _____                                 | 7  | hydroxyprogesterone caproate<br>(antineoplastic) _____ | 31                                         | ibandronate sodium SOLN _____                                  | 58 |
| HYDROCORT LOTION COMPLETE<br>KIT THPK _____                                                                         | 52 | hydroxyurea _____                                      | 34                                         | IBRANCE CAPS _____                                             | 33 |
| hydrocortisone (intrarectal) _____                                                                                  | 8  | hydroxyzine hcl SYRP _____                             | 9                                          | IBRANCE TABS _____                                             | 33 |
| hydrocortisone (rectal) EX 1 % ____                                                                                 | 8  | hydroxyzine hcl TABS _____                             | 9                                          | ibuprofen CHEW _____                                           | 4  |
| hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % ____                                                                               | 8  | hydroxyzine pamoate CAPS _____                         | 9                                          | ibuprofen lysine _____                                         | 4  |
| hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % .<br>52                                                                         |    | HYMOVIS _____                                          | 81                                         | ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200<br>MG/10ML _____                | 4  |
| hydrocortisone (topical) CREA 1 % .                                                                                 |    | hyoscyamine sulfate ELIX _____                         | 93                                         | ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50<br>MG/1.25ML _____                 | 4  |
|                                                                                                                     |    | HYOSCYAMINE SULFATE POWD .<br>93                       |                                            | ibuprofen TABS 200 MG _____                                    | 4  |
|                                                                                                                     |    | hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125<br>MG/ML _____       | 93                                         | ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG,<br>800 MG _____                 | 4  |

|                                                                                 |    |                                                |    |                                              |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------|----|----------------------------------------------|----|
| icatibant acetate SOSY _____                                                    | 64 | IMOVAX RABIES SUSR _____                       | 95 | INSULIN LISPRO SOLN IJ _____                 | 20 |
| ICLUSIG _____                                                                   | 33 | IMURAN TABS (Use azathioprine) _____           | 77 | INSULIN SYRINGES _____                       | 70 |
| IDELVION _____                                                                  | 63 | INCRELEX _____                                 | 59 | INSULIN SYRINGES-MISC _____                  | 70 |
| IDHIFA _____                                                                    | 33 | INCRUSE ELLIPTA _____                          | 10 | INSUPEN PEN NEEDLES _____                    | 70 |
| IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____                                                       | 42 | indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG ..<br>58       |    | INTELENCE 100 MG (Use etravirine)<br>.....   | 38 |
| IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST<br>STR STRP _____                                    | 56 | INDERAL LA CP24 (Use propranolol<br>hcl) ..... | 41 | INTELENCE 200 MG (Use etravirine)            |    |
| IHEALTH COVID-19 RAPID TEST<br>KIT _____                                        | 56 | INDICAID COVID-19 RAPID TEST<br>KIT _____      | 56 | INTELENCE 25 MG _____                        | 38 |
| ILARIS SOLN _____                                                               | 4  | INDOCIN SUSP (Use indomethacin) .<br>4         |    | INTELISWAB COVID-19 RAPID<br>TEST KIT _____  | 56 |
| ILUMYA _____                                                                    | 51 | indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4               |    | INTUNIV (Use guanfacine hcl<br>(adhd)) _____ | 1  |
| ILUVIEN _____                                                                   | 86 | INDOMETHACIN SODIUM _____                      | 4  | INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) .<br>27     |    |
| imatinib mesylate TABS _____                                                    | 33 | indomethacin SUPP _____                        | 4  | INVEGA HAFYERA _____                         | 36 |
| IMBRUVICA CAPS _____                                                            | 33 | indomethacin SUSP _____                        | 4  | INVEGA SUSTENNA _____                        | 36 |
| IMBRUVICA TABS _____                                                            | 33 | INFANRIX _____                                 | 92 | INVEGA TRINZA _____                          | 36 |
| IMFINZI _____                                                                   | 30 | INFANTS ADVIL SUSP (Use<br>ibuprofen) _____    | 4  | IOPIDINE _____                               | 85 |
| imipramine hcl TABS _____                                                       | 17 | INLYTA _____                                   | 30 | IPOL _____                                   | 95 |
| imiquimod 5 % _____                                                             | 53 | INNOSPIRE REPLACEMENT<br>FILTER MISC _____     | 71 | ipratropium bromide (nasal) 0.03 %<br>82     |    |
| IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT<br>(Use sumatriptan) _____                          | 74 | INQOVI _____                                   | 32 | ipratropium bromide (nasal) 0.06 %<br>82     |    |
| IMITREX STATDOSE REFILL SOCT<br>6 MG/0.5ML (Use sumatriptan<br>succinate) _____ | 74 | INREBIC _____                                  | 33 | ipratropium bromide SOLN 0.02 %              | 10 |
| IMITREX STATDOSE SYSTEM<br>SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan<br>succinate) _____ | 74 | INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN .<br>19             |    | ipratropium-albuterol SOLN _____             | 11 |
| IMITREX TABS (Use sumatriptan<br>succinate) _____                               | 74 | INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN .<br>19             |    | irbesartan _____                             | 25 |
| IMLYGIC _____                                                                   | 35 | INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)<br>SOPN _____     | 19 | irbesartan-hydrochlorothiazide ____          | 26 |
| IMODIUM A-D CAPS (Use<br>loperamide hcl) _____                                  | 20 | INSULIN LISPRO JUNIOR<br>KWIKPEN SOPN _____    | 20 | IRESSA (Use gefitinib) _____                 | 31 |
| IMODIUM A-D TABS (Use<br>loperamide hcl) _____                                  | 21 | INSULIN LISPRO PROT & LISPRO<br>SUPN _____     | 20 | irinotecan hcl _____                         | 35 |
|                                                                                 |    |                                                |    | IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW<br>65              |    |
|                                                                                 |    |                                                |    | IRON TABS 28 MG _____                        | 65 |

|                                                                 |    |                                                              |    |                                                            |     |
|-----------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|-----|
| ISENTRESS CHEW 100 MG _____                                     | 38 | JIVI _____                                                   | 63 | levetiracetam) _____                                       | 13  |
| ISENTRESS CHEW 25 MG _____                                      | 38 | JULUCA _____                                                 | 38 | KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG<br>(Use levetiracetam) _____    | 13  |
| ISENTRESS HD TABS _____                                         | 38 | JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30<br>MG _____                  | 24 | KEPPRA TABS 500 MG (Use<br>levetiracetam) _____            | 13  |
| ISENTRESS PACK _____                                            | 38 | JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG<br>(Use tolvaptan) _____          | 60 | KEPPRA XR TB24 (Use<br>levetiracetam) _____                | 13  |
| ISENTRESS TABS _____                                            | 38 | JYNARQUE TBPK 15 MG (Use<br>tolvaptan) _____                 | 60 | KERALYT GEL (Use salicylic acid)<br>53                     |     |
| isoniazid SYRP _____                                            | 28 | JYNNEOS _____                                                | 95 | KERALYT GEL _____                                          | 53  |
| isoniazid TABS _____                                            | 28 | KADCYLA _____                                                | 30 | KESIMPTA _____                                             | 90  |
| ISOPTO ATROPINE SOLN _____                                      | 84 | KALBITOR _____                                               | 64 | ketoconazole (topical) CREA _____                          | 50  |
| ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG<br>(Use isosorbide dinitrate) _____ | 9  | KALETRA SOLN _____                                           | 38 | ketoconazole (topical) SHAM 2 %                            | .50 |
| isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10<br>MG, 20 MG, 30 MG _____    | 9  | KALETRA TABS 25 MG-100 MG<br>(Use lopinavir-ritonavir) _____ | 38 | KETONE TEST STRP _____                                     | 56  |
| isosorbide mononitrate TABS _____                               | 9  | KALETRA TABS 50 MG-200 MG<br>(Use lopinavir-ritonavir) _____ | 38 | ketorolac tromethamine (ophth) 0.4<br>% _____              | 86  |
| ISOSORBIDE MONONITRATE<br>TABS _____                            | 9  | KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG,<br>50 MG, 75 MG _____          | 91 | ketorolac tromethamine (ophth) 0.5<br>% _____              | 86  |
| isosorbide mononitrate TB24 _____                               | 9  | KALYDECO PACK 5.8 MG _____                                   | 91 | ketorolac tromethamine SOLN IJ 15<br>MG/ML, 30 MG/ML _____ | 4   |
| isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG,<br>40 MG _____                | 49 | KALYDECO TABS _____                                          | 91 | KETOROLAC TROMETHAMINE<br>SOLN IJ 30 MG/ML _____           | 4   |
| ISTODAX SOLR (Use romidepsin) _____                             | 33 | KANJINTI 420 MG _____                                        | 30 | ketorolac tromethamine TABS _____                          | 4   |
| ISTURISA _____                                                  | 58 | KANUMA _____                                                 | 59 | KETOSTIX STRP _____                                        | 56  |
| ITCH RELIEF CREA _____                                          | 50 | KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl<br>(adhd)) _____              | 1  | ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %                         | 87  |
| itraconazole CAPS _____                                         | 22 | KAZANO (Use alogliptin-metformin<br>hcl) _____               | 18 | KEVEYIS (Use dichlorphenamide)<br>57                       |     |
| IXEMPRA KIT _____                                               | 35 | KCENTRA _____                                                | 63 | KEY-E CHEW _____                                           | 98  |
| IXIARO _____                                                    | 95 | KEMOPLAT SOLN _____                                          | 29 | KEYTRUDA _____                                             | 30  |
| IXINITY SOLR _____                                              | 63 | KEPIVANCE 5.16 MG _____                                      | 34 | KHAPZORY _____                                             | 34  |
| JADENU SPRINKLE PACK (Use<br>deferasirox) _____                 | 21 | KEPIVANCE 6.25 MG _____                                      | 34 | KIMMTRAK _____                                             | 30  |
| JADENU TABS (Use deferasirox) _____                             | 21 | KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use<br>levetiracetam) _____        | 13 | KINDERLYTE PREMAX SOLN _____                               | 75  |
| JAKAFI _____                                                    | 33 | KEPPRA TABS 1000 MG (Use                                     |    |                                                            |     |
| JANSSEN COVID-19 VACCINE _____                                  | 95 |                                                              |    |                                                            |     |
| JEMPERLI _____                                                  | 30 |                                                              |    |                                                            |     |
| JEVTANA _____                                                   | 35 |                                                              |    |                                                            |     |

|                                                                                   |    |                                                                 |    |                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|----|
| KINDERLYTE SOLN _____                                                             | 75 | KRYSTEXXA _____                                                 | 63 | lamivudine TABS 300 MG _____                      | 38 |
| KINERET SOSY _____                                                                | 4  | K-TAB TBCR 10 MEQ (Use potassium chloride) _____                | 76 | lamivudine-zidovudine _____                       | 38 |
| KINRIX SUSY _____                                                                 | 92 | K-TAB TBCR 20 MEQ (Use potassium chloride) _____                | 76 | lamotrigine CHEW _____                            | 13 |
| KISQALI (200 MG DOSE) _____                                                       | 33 | KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____              | 59 | lamotrigine TABS _____                            | 13 |
| KISQALI (400 MG DOSE) _____                                                       | 33 | KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____              | 59 | lamotrigine TB24 _____                            | 13 |
| KISQALI (600 MG DOSE) _____                                                       | 33 | KYPROLIS _____                                                  | 33 | LANCETS-MISC _____                                | 69 |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) .                                                    | 32 | labetalol hcl TABS 100 MG _____                                 | 41 | LANCING DEVICE-MISC _____                         | 69 |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) .                                                    | 32 | labetalol hcl TABS 200 MG, 400 MG .                             | 41 | lanolin (topical) CREA _____                      | 54 |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) .                                                    | 32 | labetalol hcl TABS 300 MG _____                                 | 41 | lanolin XX _____                                  | 89 |
| KITABIS PAK (W/ NEBULIZER)                                                        |    | lactic acid (ammonium lactate) CREA                             | 53 | LANOLIN XX _____                                  | 89 |
| NEBU 300 MG/5ML (Use tobramycin) _____                                            | 2  | lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____                  | 53 | LANOLOR CREA _____                                | 54 |
| KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____                                    | 49 | lactulose (encephalopathy) _____                                | 62 | LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) .                   | 42 |
| KLONOPIN TABS (Use clonazepam) _____                                              | 12 | lactulose SOLN _____                                            | 67 | LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____ | 42 |
| KOATE SOLR _____                                                                  | 63 | LAMICTAL CHEW (Use lamotrigine) .                               | 13 | lansoprazole CPDR 15 MG _____                     | 93 |
| KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT _____                                          | 63 | LAMICTAL TABS (Use lamotrigine) .                               | 13 | lansoprazole CPDR 30 MG _____                     | 93 |
| KOGENATE FS KIT _____                                                             | 63 | LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine) _____                        | 13 | lapatinib ditosylate _____                        | 33 |
| KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC _____                                               | 71 | LAMISIL AT ATHLETES FOOT CREA (Use terbinafine hcl (topical))   | 50 | LASIX TABS (Use furosemide) _____                 | 57 |
| KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl) _____                               | 18 | LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____           | 50 | latanoprost SOLN _____                            | 87 |
| KOSELUGO _____                                                                    | 33 | LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____ | 50 | LATANOPROST SOLN _____                            | 87 |
| KOVALTRY _____                                                                    | 63 | lamivudine SOLN _____                                           | 38 | LATUDA (Use lurasidone hcl) ____                  | 36 |
| K-PHOS-NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) | 76 | lamivudine TABS 150 MG _____                                    | 38 | leflunomide _____                                 | 5  |
| KRINTAFEL _____                                                                   | 28 |                                                                 |    | lenalidomide _____                                | 77 |
| KROGER GLUCOSE _____                                                              | 19 |                                                                 |    | LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) .                      | 30 |
|                                                                                   |    |                                                                 |    | LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ____                    | 30 |

|                                                             |    |                                                                 |                |                                                                    |    |
|-------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|----|
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)____                               | 30 | 44                                                              | calcium) _____ | 24                                                                 |    |
| LEQVIO _____                                                | 24 | levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____                      | 45             | liraglutide _____                                                  | 19 |
| LETAIRIS (Use ambrisentan) ____                             | 43 | levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____                  | 44             | lisdexamfetamine dimesylate CAPS 1                                 | 1  |
| letrozole _____                                             | 31 | levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG _____ | 44             | lisdexamfetamine dimesylate CHEW 1                                 | 1  |
| leucovorin calcium TABS _____                               | 34 | levothyroxine sodium TABS _____                                 | 92             | lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG ____ | 26 |
| LEUKERAN _____                                              | 29 | LEVULAN KERASTICK SOLR ____                                     | 50             | lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____                 | 26 |
| LEUKINE SOLR IJ _____                                       | 65 | LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate) _____             | 16             | lisinopril TABS 2.5 MG _____                                       | 24 |
| leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML .....                  | 31 | LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate) _____             | 16             | lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____             | 24 |
| LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE _____                        | 31 | LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate) _____              | 16             | LITETOUCH MASK LARGE MISC 71                                       | 71 |
| levabuterol tartrate _____                                  | 11 | LEXIVA SUSP _____                                               | 38             | LITETOUCH MASK MEDIUM MISC 71                                      | 71 |
| LEVBID TB12 (Use hyoscyamine sulfate) _____                 | 93 | LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium) _____                   | 38             | LITETOUCH MASK SMALL MISC 71                                       | 71 |
| levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML _____           | 13 | LIALDA TBEC (Use mesalamine) .                                  | 62             | lithium _____                                                      | 35 |
| levetiracetam TABS 1000 MG ____                             | 13 | LIBTAYO _____                                                   | 30             | lithium carbonate CAPS _____                                       | 35 |
| levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG _____                     | 13 | LICEMD GEL _____                                                | 54             | lithium carbonate TABS _____                                       | 36 |
| levetiracetam TABS 500 MG ____                              | 13 | lidocaine CREA 4 % _____                                        | 54             | lithium carbonate TBCR _____                                       | 36 |
| levetiracetam TB24 _____                                    | 13 | lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %__                              | 78             | LITHOBID TBCR (Use lithium carbonate)_____                         | 36 |
| levobunolol hcl 0.5 % _____                                 | 84 | lidocaine hcl CREA 3 % _____                                    | 54             | LITTLE REMEDIES SALINE SOLN 82                                     | 82 |
| levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN PO 1 GM/10ML _____ | 59 | lidocaine hcl CREA 4 % _____                                    | 54             | LIVMARLI _____                                                     | 61 |
| levocarnitine (metabolic modifiers) TABS _____              | 59 | lidocaine hcl GEL 2 % _____                                     | 54             | LIVTENCITY _____                                                   | 40 |
| levocetirizine dihydrochloride TABS 23                      |    | lidocaine OINT 5 % _____                                        | 54             | LMX 4 CREA (Use lidocaine) ____                                    | 54 |
| levofloxacin TABS _____                                     | 61 | lidocaine-prilocaine CREA _____                                 | 54             | LODINE TABS (Use etodolac) ____                                    | 4  |
| levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML _____               | 34 | LIORESAL SOLN IT (Use baclofen) .                               | 81             | LODOSYN (Use carbidopa)_____                                       | 35 |
| levoleucovorin calcium SOLR ____                            | 34 | LIORESAL SOLN IT _____                                          | 81             | LOHIST-D LIQD _____                                                | 47 |
| levonorgestrel & eth estradiol TABS 1                       |    | liothyronine sodium TABS _____                                  | 92             | LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine)_____                  | 21 |
|                                                             |    | LIPITOR TABS (Use atorvastatin                                  |                | LONSURF _____                                                      | 32 |

|                                                                    |    |                                                                                                        |    |                                                                               |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| loperamide hcl CAPS _____                                          | 21 | benazepril & hydrochlorothiazide) ..                                                                   | 26 | MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____                             | 28 |
| loperamide hcl TABS _____                                          | 21 | LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____ | 26 | MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) _                 | 28 |
| LOPID TABS (Use gemfibrozil) _                                     | 24 | LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____                                                    | 50 | magnesium citrate 1.745 GM/30ML                                               | 67 |
| lopinavir-ritonavir SOLN _____                                     | 38 | LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____                                          | 50 | MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS _____                                           | 76 |
| lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG _____                        | 39 | lovastatin TABS 10 MG, 20 MG _                                                                         | 24 | magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____ | 67 |
| lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____                        | 39 | lovastatin TABS 40 MG _____                                                                            | 24 | magnesium oxide (mg supplement) TABS 241.5 MG, 400 MG, 400 MG                 | 76 |
| LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____              | 41 | LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____                                               | 12 | MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS _____                                     | 76 |
| LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____               | 41 | LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____                                                             | 12 | magnesium oxide TABS 400 MG _                                                 | 9  |
| LOQTORZI _____                                                     | 30 | loxapine succinate _____                                                                               | 36 | MAGOX 400 TABS (Use magnesium oxide (mg supplement)) _____                    | 76 |
| loratadine & pseudoephedrine TB12 .                                | 47 | lubiprostone _____                                                                                     | 61 | malathion _____                                                               | 54 |
| loratadine & pseudoephedrine TB24 .                                | 47 | LUCENTIS SOSY _____                                                                                    | 85 | maraviroc TABS 150 MG _____                                                   | 39 |
| loratadine SOLN _____                                              | 23 | LUMAKRAS _____                                                                                         | 33 | maraviroc TABS 300 MG _____                                                   | 39 |
| loratadine TABS _____                                              | 23 | LUMIZYME _____                                                                                         | 59 | MARGENZA _____                                                                | 30 |
| loratadine TBDP 10 MG _____                                        | 23 | LUMOXITI _____                                                                                         | 30 | MASK VORTEX/CHILD/FROG _                                                      | 72 |
| lorazepam TABS _____                                               | 10 | LUNG PERFORM PEAK FLOW METER _____                                                                     | 72 | MASK                                                                          |    |
| LORBRENA _____                                                     | 33 | LUPKYNIS _____                                                                                         | 77 | VORTEX/TODDLER/LADYBUG _                                                      | 72 |
| losartan potassium & hydrochlorothiazide _____                     | 26 | LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .                                                                           | 59 | MATULANE _____                                                                | 34 |
| losartan potassium _____                                           | 25 | LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .                                                                           | 59 | MAVYRET PACK _____                                                            | 40 |
| LOSEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____ | 44 | lurasidone hcl _____                                                                                   | 36 | MAVYRET TABS _____                                                            | 40 |
| LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____                   | 25 | LUXTURNA _____                                                                                         | 85 | MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____                            | 74 |
| LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____                          | 24 | LYNPARZA TABS _____                                                                                    | 33 | MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____                        | 74 |
| LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use        |    | LYSODREN _____                                                                                         | 31 | MAXITROL OINT (Use neomycin-polymy-dexameth) _____                            | 86 |
|                                                                    |    | MACI _____                                                                                             | 81 |                                                                               |    |

|                                                               |    |                                                    |    |    |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| MAXITROL SUSP (Use neomycin-polymyx-dexameth) _____           | 86 | memantine hcl SOLN _____                           | 90 | 66 |                                                                                   |
| MAXI-TUSS PE LIQD _____                                       | 47 | memantine hcl TABS _____                           | 90 |    | metformin hcl TABS 500 MG _____ 18                                                |
| MAXI-TUSS PE MAX LIQD _____                                   | 47 | MENACTRA _____                                     | 94 |    | metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG _____ 18                                       |
| MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____    | 57 | MENOPUR SC _____                                   | 58 |    | metformin hcl TB24 500 MG _____ 18                                                |
| MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____ | 57 | MENQUADFI 0.5 ML _____                             | 94 |    | metformin hcl TB24 750 MG _____ 18                                                |
| meclizine hcl CHEW _____                                      | 21 | MENVEO SOLN _____                                  | 94 |    | methadone hcl TABS 10 MG _____ 6                                                  |
| meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG .                           | 21 | MENVEO SOLR _____                                  | 94 |    | methadone hcl TABS 5 MG _____ 6                                                   |
| MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____         | 45 | meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML _____             | 6  |    | methazolamide TABS _____ 57                                                       |
| MEDROL TBPk (Use methylprednisolone) _____                    | 45 | meperidine hcl TABS 50 MG _____                    | 6  |    | methenamine mandelate _____ 28                                                    |
| medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____     | 45 | meprobamate _____                                  | 9  |    | methenamine-hyosc-methylene blue-sod phos-phenyl sal TABS 81.6 MG ... 27          |
| medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____     | 45 | MEPSEVII _____                                     | 59 |    | methimazole TABS _____ 92                                                         |
| medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____         | 89 | mercaptapurine SUSP 2000 MG/100ML _____            | 29 |    | methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG _____ 81                                        |
| mefloquine hcl _____                                          | 28 | mercaptapurine TABS _____                          | 29 |    | methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____ 29 |
| megestrol acetate SUSP _____                                  | 31 | mesalamine CP24 _____                              | 62 |    | methotrexate sodium TABS 2.5 MG 29                                                |
| megestrol acetate TABS _____                                  | 31 | mesalamine CPDR _____                              | 62 |    | methyldopa TABS _____ 25                                                          |
| MEIJER GLUCOSE _____                                          | 19 | mesalamine ENEM _____                              | 62 |    | methylergonovine maleate TABS . 87                                                |
| MEKINIST TABS _____                                           | 33 | mesalamine TBEC _____                              | 62 |    | METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____ 1                         |
| MEKTOVI _____                                                 | 33 | mesna SOLN _____                                   | 34 |    | METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____ 1                          |
| MELATONIN SUBL _____                                          | 2  | mesna TABS _____                                   | 34 |    | methyldopa hcl CPCR _____ 1                                                       |
| melatonin TABS 3 MG, 5 MG _____                               | 2  | MESNEX SOLN (Use mesna) _____                      | 34 |    | methyldopa hcl SOLN 10 MG/5ML _____ 2                                             |
| melatonin TBPk 3 MG _____                                     | 2  | MESNEX TABS _____                                  | 34 |    | methyldopa hcl SOLN 5 MG/5ML _____ 2                                              |
| meloxicam TABS _____                                          | 4  | MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide) _____   | 28 |    | methyldopa hcl TABS 10 MG, 20 MG _____ 2                                          |
| melphalan _____                                               | 29 | MESTINON TBCR (Use pyridostigmine bromide) _____   | 28 |    |                                                                                   |
| melphalan hcl IV _____                                        | 29 | METADATE CD CPCR (Use methylphenidate hcl) _____   | 1  |    |                                                                                   |
|                                                               |    | METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use psyllium) _____ | 66 |    |                                                                                   |
|                                                               |    | METAMUCIL POWD (Use psyllium) .                    |    |    |                                                                                   |

|                                                                          |                                                            |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| methylphenidate hcl TABS 5 MG ____ 2                                     | metronidazole (topical) LOTN ____ 54                       | MINIELITE FILTER                                                |
| methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG ____ 2                      | metronidazole TABS 250 MG, 500 MG ____ 27                  | REPLACEMENTS MISC ____ 72                                       |
| methylphenidate hcl TB24 36 MG _ 2                                       | metronidazole vaginal ____ 96                              | MINIPRESS CAPS (Use prazosin hcl) ____ 25                       |
| methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG ____ 2                      | metyrosine ____ 25                                         | MINIVELLE PTTW (Use estradiol) 61                               |
| methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG ____ 2                      | mexiletine hcl ____ 10                                     | minocycline hcl CAPS ____ 92                                    |
| methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG ____ 45                               | MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) ____ 58             | minoxidil 10 MG ____ 27                                         |
| methylprednisolone TBPk ____ 45                                          | MICARDIS (Use telmisartan) ____ 25                         | minoxidil 2.5 MG ____ 27                                        |
| methyltestosterone TABS ____ 8                                           | MICARDIS HCT (Use telmisartan-hydrochlorothiazide) ____ 26 | MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350) ____ 67             |
| metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML ____ 61                  | MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG _ 96                              | MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) ____ 44 |
| metoclopramide hcl TABS ____ 61                                          | miconazole nitrate (topical) CREA 50                       | MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT ____ 55                           |
| metolazone ____ 58                                                       | miconazole nitrate vaginal CREA 2 % ..... 96               | MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+ ____ 55                          |
| metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG ..... 26 | miconazole nitrate vaginal KIT ..... 97                    | mirtazapine TABS 15 MG ____ 15                                  |
| metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG ____ 26               | miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG ____ 97             | mirtazapine TABS 30 MG ____ 15                                  |
| metoprolol succinate TB24 200 MG 41                                      | miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG ____ 97             | mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG 15                               |
| metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG ____ 41                   | MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM ____ 88              | mirtazapine TBDP 15 MG ____ 15                                  |
| metoprolol tartrate TABS 100 MG 41                                       | MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW .. 72                          | mirtazapine TBDP 30 MG ____ 15                                  |
| metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG ____ 41                            | midazolam hcl SOLN IJ ____ 66                              | mirtazapine TBDP 45 MG ____ 15                                  |
| METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) ____ 54                    | MIDAZOLAM HCL SOLN IJ ____ 66                              | misoprostol ____ 94                                             |
| METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical)) ____ 54                   | midodrine hcl ____ 97                                      | mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML ____ 32   |
| metronidazole (topical) CREA ____ 54                                     | miglustat ____ 64                                          | MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ____ 69                             |
| metronidazole (topical) GEL 0.75 % 54                                    | MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) ____ 74  | MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP ____ 56                            |
|                                                                          | MINCORA TABS ____ 79                                       | M-M-R II SOLR ____ 95                                           |
|                                                                          | MINI WRIGHT PEAK FLOW METER ..... 72                       | MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y ..... 95                           |
|                                                                          |                                                            | MODERNA COVID-19 BIVALENT 95                                    |



|                                                                             |                                                                            |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y<br>SUSP _____ 96                                | MOTRIN INFANTS DROPS SUSP _____ 80<br>(Use ibuprofen) _____ 4              | MULTIVITAMIN INFANT &<br>TODDLER SOLN PO _____ 81      |
| MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y<br>SUSY _____ 96                                | MOUTH KOTE REMINT SOLN ____ 78                                             | MULTIVITAMIN INFANT &<br>TODDLER SOLN _____ 81         |
| MODERNA COVID-19 VACCINE<br>SUSP _____ 96                                   | MOUTH KOTE SOLN _____ 78                                                   | MULTIVITAMIN TABS _____ 79                             |
| MOI-STIR SOLN _____ 78                                                      | moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP 85                                        | MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW<br>0.25 MG, 1 MG _____ 80   |
| molindone hcl _____ 37                                                      | MOZOBIL (Use plerixafor) _____ 65                                          | MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW<br>0.5 MG _____ 80          |
| mometasone furoate CREA _____ 52                                            | MS CONTIN TBCR (Use morphine<br>sulfate) _____ 6                           | MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN<br>80                       |
| mometasone furoate OINT _____ 52                                            | MUCINEX D MAX STRENGTH TB12<br>(Use pseudoephedrine-guaifenesin) ...<br>47 | MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1<br>MG _____ 80          |
| mometasone furoate SOLN _____ 52                                            | MUCINEX D TB12 (Use<br>pseudoephedrine-guaifenesin) ____ 47                | MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG .80                         |
| MONISTAT 3 COMBINATION PACK<br>KIT (Use miconazole nitrate vaginal) .<br>97 | MUCINEX DM TB12 (Use<br>dextromethorphan-guaifenesin) ____ 47              | mupirocin calcium (topical) _____ 49                   |
| MONISTAT 3 CREA _____ 97                                                    | MUCINEX MAXIMUM STRENGTH<br>TB12 (Use guaifenesin) _____ 48                | mupirocin OINT _____ 49                                |
| MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA<br>(Use miconazole nitrate vaginal) _ 97        | MUCINEX TB12 (Use guaifenesin)<br>48                                       | MVASI _____ 30                                         |
| MONISTAT CARE INSTANT ITCH<br>RLF (Use hydrocortisone vaginal) 97           | MULPLETA _____ 65                                                          | MX-SOL BLEND SF SUSP _____ 89                          |
| MONJUVI _____ 30                                                            | MULTI VITAMIN TABS _____ 79                                                | MX-SOL BLEND SUSP _____ 89                             |
| MONOVISC _____ 81                                                           | MULTI VITAMIN W/D-3 TABS ____ 79                                           | MX-SOL SF SYRP _____ 89                                |
| montelukast sodium CHEW _____ 10                                            | multiple vitamin TABS _____ 79                                             | MX-SOL SUSPEND SUSP _____ 89                           |
| montelukast sodium PACK _____ 10                                            | multiple vitamins w/ iron TABS ____ 79                                     | MX-SOL SYRP _____ 89                                   |
| montelukast sodium TABS _____ 10                                            | MULTIPLE VITAMINS W/<br>MINERALS TABS _____ 79                             | MYALEPT _____ 59                                       |
| morphine sulfate SOLN PO 10<br>MG/5ML, 20 MG/5ML _____ 6                    | MULTIPLE VITAMINS W/<br>MINERALS-VARIOUS _____ 79                          | MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use<br>ethambutol hcl) _____ 28 |
| morphine sulfate SOLN PO 20<br>MG/ML, 100 MG/5ML _____ 6                    | MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW<br>0.25 MG, 1 MG _____ 80                     | MYCOBUTIN (Use rifabutin) ____ 29                      |
| morphine sulfate SUPP _____ 6                                               | MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW<br>0.5 MG _____ 80                            | mycophenolate mofetil CAPS ____ 77                     |
| morphine sulfate TABS _____ 6                                               | MULTIVITAMIN ADULT TABS ____ 79                                            | mycophenolate mofetil SUSR ____ 77                     |
| morphine sulfate TBCR _____ 6                                               | MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN                                               | mycophenolate mofetil TABS ____ 77                     |
| MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use<br>ibuprofen) _____ 4                            |                                                                            | mycophenolate sodium _____ 77                          |
|                                                                             |                                                                            | MYDRIACYL SOLN (Use<br>tropicamide) _____ 84           |

|                                                            |                                                                            |                                                                              |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| MYFORTIC (Use mycophenolate sodium)_____ 77                | naratriptan hcl _____ 74                                                   | neomycin-polymyxin-gramicidin ____ 85                                        |
| MYLERAN TABS _____ 29                                      | NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) . 21                                        | neomycin-polymyxin-hc (ophth) ____ 86                                        |
| MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____ 61 | NARDIL (Use phenelzine sulfate) . 16                                       | neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN . 87                                       |
| MYSOLINE (Use primidone) ____ 13                           | NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) .....82   | neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP . 87                                       |
| NABI-HB SOLN IM _____ 88                                   |                                                                            | NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine)                                             |
| nabumetone _____ 4                                         | NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal))_____ 82                            |                                                                              |
| nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG .....41                   | nateglinide _____ 20                                                       | NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion))_____ 77          |
| NAGLAZYME _____ 59                                         | NATROBA (Use spinosad) _____ 54                                            | NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion))_____ 77          |
| NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____ 4               | NATURAL FIBER LAXATIVE POWD . 66                                           | NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) __ 49            |
| naloxone hcl LIQD _____ 21                                 | NAYZILAM _____ 12                                                          | NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) _____ 49 |
| naloxone hcl SOCT _____ 21                                 | NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC _____ 72                                     | NERLYNX _____ 33                                                             |
| naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____ 21            | NEBULIZER MASK ADULT MISC .72                                              | NESINA (Use alogliptin benzoate) . 19                                        |
| naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML ____ 21                         | NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC _____ 72                                  | NEUPOGEN SOLN _____ 65                                                       |
| naltrexone hcl _____ 21                                    | NEBULIZER MASK CHILD MISC .72                                              | NEUPOGEN SOSY _____ 65                                                       |
| NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____ 90                  | NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC _____ 72                                    | NEURONTIN CAPS (Use gabapentin)_____ 13                                      |
| NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl) _____ 90    | nefazodone hcl _____ 17                                                    | NEURONTIN SOLN (Use gabapentin)_____ 13                                      |
| naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 % .....85         | NEOMULTIVITE TABS _____ 79                                                 | NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin)_____ 13                               |
| NAPROSYN SUSP (Use naproxen) 5                             | neomycin sulfate TABS _____ 2                                              | NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin)_____ 13                               |
| NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____ 5                | neomycin-bacitracin zn-polymyxin 85                                        | nevirapine SUSP _____ 39                                                     |
| naproxen sodium TABS 220 MG ____ 5                         | neomycin-bacitracin-polymyxin OINT . 49                                    | nevirapine TABS _____ 39                                                     |
| naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____ 5                | neomycin-polymy-dexameth OINT 86                                           | nevirapine TB24 100 MG _____ 39                                              |
| naproxen SUSP _____ 5                                      | neomycin-polymy-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 % .....86 | nevirapine TB24 400 MG _____ 39                                              |
| naproxen TABS _____ 5                                      | neomycin-polymyxin w/ pramoxine . 49                                       |                                                                              |

|                                                                   |                                                                                      |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) .<br>33                          | NICOTROL NS SOLN _____ 91                                                            | norethindrone & eth estradiol ____ 44                    |
| NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR<br>(Use esomeprazole magnesium) _ 93 | nifedipine CAPS _____ 42                                                             | norethindrone & ethinyl estradiol-fe<br>44               |
| NEXIUM 24HR CPDR (Use<br>esomeprazole magnesium) _____ 93         | nifedipine TB24 30 MG, 90 MG __ 42                                                   | norethindrone (contraceptive) _____ 45                   |
| NEXIUM CPDR 20 MG (Use<br>esomeprazole magnesium) _____ 93        | nifedipine TB24 60 MG _____ 42                                                       | norethindrone acet & eth estra TABS<br>44                |
| NEXVIAZYME _____ 59                                               | nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG<br>.....33                                       | norethindrone acetate TABS ____ 89                       |
| niacin (antihyperlipidemic) TABS _ 24                             | NINLARO _____ 33                                                                     | norethindrone acetate-ethinyl<br>estradiol _____ 60      |
| niacin (antihyperlipidemic) TBCR . 24                             | nitisinone CAPS _____ 59                                                             | norethindrone acetate-ethinyl<br>estradiol-fe _____ 44   |
| niacin CPCR 250 MG, 500 MG __ 98                                  | NITRO-BID OINT _____ 9                                                               | norethindrone-eth estradiol (triphasic)<br>.....44       |
| NIACIN ER CPCR _____ 98                                           | NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)<br>.....9                                         | norgestimate-ethinyl estradiol<br>(triphasic) _____ 44   |
| NIACIN ER TBCR _____ 98                                           | nitrofurantoin _____ 28                                                              | norgestimate-ethinyl estradiol ____ 44                   |
| niacin TABS 500 MG _____ 98                                       | nitrofurantoin macrocrystal 50 MG,<br>100 MG _____ 28                                | norgestrel & ethinyl estradiol 30<br>MCG-0.3 MG _____ 44 |
| niacin TBCR _____ 98                                              | nitrofurantoin monohyd macro ____ 28                                                 | NORPACE CAPS (Use disopyramide<br>phosphate) _____ 10    |
| nicardipine hcl CAPS _____ 42                                     | nitroglycerin CPCR _____ 9                                                           | NORPACE CR CP12 150 MG ____ 10                           |
| NICODERM CQ PT24 TD (Use<br>nicotine) _____ 91                    | nitroglycerin PT24 _____ 9                                                           | NORPRAMIN TABS 10 MG (Use<br>desipramine hcl) _____ 17   |
| NICORETTE GUM (Use nicotine<br>polacrilex) _____ 91               | nitroglycerin SUBL _____ 9                                                           | NORPRAMIN TABS 25 MG (Use<br>desipramine hcl) _____ 17   |
| NICORETTE LOZG (Use nicotine<br>polacrilex) _____ 91              | NITROSTAT SUBL (Use<br>nitroglycerin) _____ 9                                        | NORTHERA (Use droxidopa) ____ 97                         |
| NICORETTE MINI LOZG (Use<br>nicotine polacrilex) _____ 91         | NITYR TABS _____ 59                                                                  | nortriptyline hcl CAPS _____ 17                          |
| NICORETTE STARTER KIT GUM<br>(Use nicotine polacrilex) _____ 91   | NIVA THYROID TABS _____ 92                                                           | nortriptyline hcl SOLN _____ 18                          |
| NICOTINE KIT _____ 91                                             | NIVESTYM SOLN _____ 65                                                               | NORVASC TABS (Use amlodipine<br>besylate) _____ 42       |
| nicotine polacrilex GUM _____ 91                                  | NIVESTYM SOSY _____ 65                                                               | NORVIR CAPS _____ 39                                     |
| nicotine polacrilex LOZG _____ 91                                 | NIX CREME RINSE LIQD EX (Use<br>permethrin) _____ 54                                 | NORVIR TABS (Use ritonavir) ____ 39                      |
| nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14<br>MG/24HR, 21 MG/24HR _____ 91    | NIZORAL SHAM _____ 50                                                                | NOSE CLIP MISC _____ 72                                  |
| NICOTROL INHA _____ 91                                            | NORDITROPIN FLEXPPO SOPN 59                                                          | NOVA MAX PLUS KETONE TEST                                |
|                                                                   | norelgestromin-ethinyl estradiol __ 44                                               |                                                          |
|                                                                   | norethin acet & estrad-fe TABS 1<br>MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30<br>MCG-75 MG _____ 44 |                                                          |

|                                                         |    |                                             |    |                                                               |    |
|---------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|
| 56                                                      |    | throat)) _____                              | 78 | olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG _                                | 36 |
| NOVACHOR _____                                          | 55 | nystatin (mouth-throat) _____               | 78 | olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG .                               | 36 |
| NOVAREL IM _____                                        | 58 | nystatin (topical) CREA _____               | 50 | olmesartan medoxomil _____                                    | 25 |
| NOVAVAX COVID-19 VACCINE<br>SUSP _____                  | 96 | nystatin (topical) OINT _____               | 50 | olmesartan medoxomil-amlodipine-<br>hydrochlorothiazide _____ | 26 |
| NOVAVAX COVID-19 VACCINE<br>SUSY _____                  | 96 | nystatin (topical) POWD EX _____            | 50 | olmesartan medoxomil-<br>hydrochlorothiazide _____            | 26 |
| NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION<br>SUPN _____              | 20 | nystatin TABS _____                         | 22 | OMBRA COMPRESSOR AIR<br>FILTERS MISC _____                    | 72 |
| NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN                              | 20 | nystatin-triamcinolone CREA _____           | 50 | omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG,<br>1200 MG _____            | 84 |
| NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _                             | 20 | nystatin-triamcinolone OINT _____           | 50 | omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG .                            | 84 |
| NOVOLIN 70/30 SUSP _____                                | 20 | NYVEPRIA _____                              | 65 | OMEPRAZOLE _____                                              | 44 |
| NOVOLIN N FLEXPEN RELION<br>SUPN _____                  | 20 | OASIS ULTRA MATRIX<br>FENESTRATED _____     | 55 | OMEPRAZOLE 20MG TABLET _                                      | 93 |
| NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _                                | 20 | OASIS WOUND MATRIX<br>FENESTRATED _____     | 55 | omeprazole CPDR _____                                         | 94 |
| NOVOLIN N RELION SUSP _____                             | 20 | OBIZUR _____                                | 63 | omeprazole magnesium TBEC _____                               | 94 |
| NOVOLIN N SUSP _____                                    | 20 | OCALIVA _____                               | 61 | OMNICAP TABS _____                                            | 79 |
| NOVOLIN R RELION SOLN IJ _____                          | 20 | OCTAGAM SOLN _____                          | 88 | ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST<br>KIT _____                      | 56 |
| NOVOLIN R SOLN IJ _____                                 | 20 | octreotide acetate KIT _____                | 60 | ON/GO ONE COVID-19 HOME<br>TEST KIT _____                     | 56 |
| NOVOSEVEN RT _____                                      | 63 | octreotide acetate SOLN _____               | 60 | ONCASPAR _____                                                | 34 |
| NP THYROID TABS _____                                   | 92 | OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth))<br>85       |    | ondansetron hcl SOLN PO 4<br>MG/5ML _____                     | 21 |
| NUBEQA _____                                            | 31 | ODEFSEY _____                               | 39 | ondansetron hcl TABS 24 MG _                                  | 21 |
| NULIBRY _____                                           | 59 | ODOMZO _____                                | 31 | ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG<br>21                         |    |
| NULOJIX _____                                           | 77 | OFF DEEP WOODS AERO _____                   | 54 | ondansetron TBDP 16 MG _____                                  | 21 |
| NUMOISYN LIQD _____                                     | 78 | OFF DEEP WOODS DRY AERO                     | 54 | ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG _                                 | 21 |
| NUPLAZID CAPS _____                                     | 36 | ofloxacin (ophth) _____                     | 85 | ONE DAILY ESSENTIAL TABS _                                    | 79 |
| NUPLAZID TABS 10 MG _____                               | 36 | ofloxacin (otic) _____                      | 87 | ONE DAILY ESSENTIALS TABS .                                   | 79 |
| NUVARING (Use etonogestrel-<br>ethinyl estradiol) _____ | 45 | ofloxacin 400 MG _____                      | 61 | ONE FLOW TESTER MISC _____                                    | 72 |
| NUWIQ KIT _____                                         | 63 | OGIVRI _____                                | 30 |                                                               |    |
| NUWIQ SOLR _____                                        | 63 | OHC COVID-19 ANTIGEN SELF<br>TEST KIT _____ | 56 |                                                               |    |
| NYSTATIN (Use nystatin (mouth-<br>throat)) _____        |    | olanzapine TABS 15 MG, 20 MG .              | 36 |                                                               |    |

|                                                          |    |                                                                                                      |    |                                                                                                                             |    |
|----------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN<br>TABS _____                | 79 | ORAL RELIEF SPRAY SOLN _____                                                                         | 78 | OTEZLA TABS _____                                                                                                           | 5  |
| ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use<br>multiple vitamin) _____ | 79 | ORAL SUSPEND LIQD _____                                                                              | 89 | OTEZLA TBPk _____                                                                                                           | 5  |
| ONE-A-DAY MENS TABS (Use<br>multiple vitamin) _____      | 79 | ORAL SYRUP SF SYRP _____                                                                             | 89 | OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5<br>MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5<br>MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5<br>MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____ | 3  |
| ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____                               | 69 | ORAL SYRUP SYRP _____                                                                                | 89 | OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML _                                                                                                | 62 |
| ONETOUCH ULTRA BLUE TEST<br>STRP _____                   | 56 | ORAPENN SD ANHYD<br>SWEETENED LIQD _____                                                             | 89 | OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90<br>MG/ML _____                                                                               | 51 |
| ONETOUCH ULTRA STRP _____                                | 56 | ORAPENN SD ANHYD<br>UNSWEETEN LIQD _____                                                             | 89 | OVACE PLUS WASH LIQD (Use<br>sulfacetamide sodium) _____                                                                    | 51 |
| ONETOUCH ULTRA TEST STRP _____                           | 56 | ORA-PLUS LIQD _____                                                                                  | 89 | OVACE WASH LIQD (Use<br>sulfacetamide sodium) _____                                                                         | 51 |
| ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM<br>KIT _____                  | 69 | ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 % _____                                                                     | 89 | OVIDE (Use malathion) _____                                                                                                 | 54 |
| ONETOUCH VERIO REFLECT KIT<br>69                         |    | ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %<br>89                                                                    |    | OVIDREL SOSY _____                                                                                                          | 58 |
| ONETOUCH VERIO STRP _____                                | 56 | ORENCIA CLICKJECT SOAJ _____                                                                         | 5  | OXAYDO TABS 5 MG _____                                                                                                      | 6  |
| ONE-WAY VALVED EXPIRATORY<br>MISC _____                  | 72 | ORENCIA SOLR _____                                                                                   | 5  | oxazepam CAPS _____                                                                                                         | 10 |
| ONE-WAY VALVED INSPIRATORY<br>MISC _____                 | 72 | ORENCIA SOSY _____                                                                                   | 5  | oxBRYTA TABS 500 MG _____                                                                                                   | 64 |
| ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _                          | 19 | ORENITRAM TBCR _____                                                                                 | 42 | oxBRYTA TBSO _____                                                                                                          | 64 |
| ONPATTRO _____                                           | 91 | ORFADIN CAPS (Use nitisinone) .                                                                      | 59 | oxcarbazepine SUSP _____                                                                                                    | 13 |
| ONUREG TABS _____                                        | 29 | ORFADIN SUSP _____                                                                                   | 60 | oxcarbazepine TABS _____                                                                                                    | 13 |
| OPCON-A (Use naphazoline w/<br>pheniramine) _____        | 85 | ORKAMBI PACK _____                                                                                   | 91 | OXLUMO _____                                                                                                                | 62 |
| OPDIVO _____                                             | 30 | ORKAMBI TABS _____                                                                                   | 91 | oxybutynin chloride TABS _____                                                                                              | 94 |
| OPDUALAG _____                                           | 32 | ORLADEYO _____                                                                                       | 64 | oxybutynin chloride TB24 _____                                                                                              | 94 |
| OPILL _____                                              | 45 | orphenadrine citrate TB12 _____                                                                      | 81 | oxycodone hcl CAPS _____                                                                                                    | 7  |
| ORA-BLEND SF SUSP _____                                  | 89 | ORTHOVISC _____                                                                                      | 81 | oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML .                                                                                             | 7  |
| ORA-BLEND SUSP _____                                     | 89 | oseltamivir phosphate CAPS 30 MG .<br>40                                                             |    | oxycodone hcl SOLN _____                                                                                                    | 7  |
| oral electrolytes SOLN _____                             | 75 | oseltamivir phosphate CAPS 45 MG,<br>75 MG _____                                                     | 40 | oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG,<br>40 MG, 80 MG _____                                                                      | 7  |
| ORAL MIX SF SUSP _____                                   | 89 | oseltamivir phosphate SUSR _____                                                                     | 40 | oxycodone hcl TABS 30 MG _____                                                                                              | 7  |
| ORAL MIX SUSP _____                                      | 89 | OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5<br>MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG<br>(Use alogliptin-pioglitazone) _____ | 18 | oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG,<br>15 MG, 20 MG _____                                                                       | 7  |
|                                                          |    | OSTEOCONDUCTIVE MATRIX<br>PLUS _____                                                                 | 55 | oxycodone w/ acetaminophen SOLN .                                                                                           |    |

|                                                                                      |            |                                                     |            |                                                               |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------|-----|
| 7                                                                                    | MISC _____ | 72                                                  | hcl) _____ | 16                                                            |     |
| oxycodone w/ acetaminophen TABS<br>325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325<br>MG-7.5 MG _____ | 7          | PARI ERAPID NEBULIZER<br>HANDSET MISC _____         | 72         | PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine<br>hcl) _____                | 16  |
| OXYCONTIN T12A _____                                                                 | 7          | PARI EXPIRATORY FILTER SET<br>DEVI _____            | 72         | PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use<br>paroxetine hcl) _____         | 16  |
| oyster shell _____                                                                   | 75         | PARI MASK SET MISC _____                            | 72         | PAXLOVID (150/100) _____                                      | 40  |
| OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS<br>500 MG-200 UNIT _____                                 | 75         | PARI SMARTMASK BABY/ELBOW<br>MISC _____             | 72         | PAXLOVID (300/100) _____                                      | 40  |
| OZURDEX IMPL _____                                                                   | 86         | PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK<br>MISC _____          | 72         | pazopanib hcl _____                                           | 33  |
| PACLITAXEL PROTEIN-BOUND<br>PART _____                                               | 35         | PARI SOFT PLASTIC PED MASK<br>MISC _____            | 72         | PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE<br>DROP SOLN _____                  | 81  |
| paclitaxel protein-bound particles                                                   | .35        | PARI VORTEX ADULT MASK _____                        | 72         | PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN<br>DROP SOLN PO _____               | 81  |
| PADCEV _____                                                                         | 30         | PARI VORTEX PEDIATRIC MASK<br>72                    |            | PCCA SWEET-SF SYRP _____                                      | 89  |
| PALYNZIQ _____                                                                       | 60         |                                                     |            | PCCA SYRUP VEHICLE SYRP _____                                 | 89  |
| PAMELOR CAPS (Use nortriptyline<br>hcl) _____                                        | 18         | paricalcitol SOLN _____                             | 60         | PCCA-PLUS SUSP _____                                          | 89  |
| pamidronate disodium SOLN 30<br>MG/10ML, 90 MG/10ML _____                            | 58         | PARLODEL CAPS (Use<br>bromocriptine mesylate) _____ | 35         | PEAK A-I-R FLOW METER _____                                   | 72  |
| PAMIDRONATE DISODIUM SOLN<br>58                                                      |            | PARLODEL TABS (Use<br>bromocriptine mesylate) _____ | 35         | PEAK AIR PEAK FLOW METER                                      | .72 |
| PANDA MASK LARGE _____                                                               | 72         | PARNATE (Use tranlylcypromine<br>sulfate) _____     | 16         | PEAK FLOW METER UNIVERSAL<br>RANG _____                       | 72  |
| PANDA MASK MEDIUM _____                                                              | 72         | paroxetine hcl SUSP _____                           | 16         | PED DISPOSABLE MISC _____                                     | 72  |
| PANDA MASK SMALL _____                                                               | 72         | paroxetine hcl TABS 10 MG _____                     | 16         | ped multivitamins w/fl & iron SOLN                            | 79  |
| PANHEMATIN 350 MG _____                                                              | 64         | paroxetine hcl TABS 20 MG _____                     | 16         | PEDIALYTE ADVANCED CARE<br>SOLN (Use oral electrolytes) _____ | 76  |
| pantoprazole sodium TBEC 20 MG<br>94                                                 |            | paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG<br>16              |            | PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN<br>(Use oral electrolytes) _____  | 76  |
| pantoprazole sodium TBEC 40 MG<br>94                                                 |            | paroxetine hcl TB24 _____                           | 16         | PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT<br>SOLN _____                        | 76  |
| PANZYGA _____                                                                        | 88         | PARSABIV _____                                      | 60         | PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use<br>oral electrolytes) _____       | 76  |
| PARI ALTERA NEBULIZER<br>HANDSET MISC _____                                          | 72         | PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG _____                     | 75         | PEDIALYTE SOLN (Use oral<br>electrolytes) _____               | 76  |
| PARI BABY CONVERSION KIT<br>MISC _____                                               | 72         | PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)<br>.....         | 16         | PEDIAPRED SOLN (Use<br>prednisolone sodium phosphate) _____   | 45  |
| PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK                                                          |            | PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl)                     | .16        |                                                               |     |
|                                                                                      |            | PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine                    |            |                                                               |     |

|                                                                |    |                                                                                               |    |                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------|----|
| PEDIARIX SUSY _____                                            | 92 | PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____                                        | 93 | PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP _____                         | 96 |
| PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC .73                                  |    | PEPCID AC TABS (Use famotidine) .                                                             | 93 | PFLEX MISC _____                                                 | 73 |
| PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____          | 80 | PEPCID TABS (Use famotidine) _                                                                | 93 | PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC _____                          | 73 |
| pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG _____          | 80 | PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____                                           | 20 | phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG _____                    | 63 |
| pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG _____                 | 80 | PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate)                                    | 20 | phenelzine sulfate _____                                         | 16 |
| pediatric multivitamins w/fl SOLN .                            | 80 | PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____                                     | 20 | phenobarbital ELIX _____                                         | 66 |
| PEDIATRIC PANDA MASK _____                                     | 73 | PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) _____ | 7  | phenobarbital TABS _____                                         | 66 |
| pediatric vitamins acid w/ fluoride SOLN _____                 | 80 | PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____                                    | 78 | phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 % _____                   | 84 |
| PEDVAX HIB SUSP _____                                          | 94 | PERJETA _____                                                                                 | 31 | phenylephrine hcl (oral) TABS _____                              | 82 |
| peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR _____    | 66 | permethrin CREA _____                                                                         | 55 | PHENYLEPHRINE HCL SOLN (Use phenylephrine hcl (mydriatic)) _____ | 84 |
| peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride _____ | 66 | permethrin LIQD EX _____                                                                      | 55 | phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML     | 47 |
| PEGASYS SOLN _____                                             | 40 | perphenazine TABS _____                                                                       | 37 | phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____                  | 47 |
| PEG-PREP _____                                                 | 66 | perphenazine-amitriptyline _____                                                              | 90 | phenylephrine-dm SOLN _____                                      | 47 |
| PEMAZYRE _____                                                 | 33 | PERSERIS PRSY _____                                                                           | 36 | phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____                 | 8  |
| PEMETREXED 500 MG/20ML _____                                   | 30 | PERSONAL BEST FULL RANGE .73                                                                  |    | phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____       | 8  |
| pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____                  | 30 | PFIZER COVID-19 BIVAL 6MO-4YR _____                                                           | 96 | phenytoin CHEW _____                                             | 14 |
| PEMFEXY _____                                                  | 30 | PFIZER COVID-19 VAC BIVAL 5-11 _____                                                          | 96 | phenytoin sodium extended 100 MG .                               | 14 |
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP _____                                   | 70 | PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT .                                                                | 96 | phenytoin sodium SOLN _____                                      | 14 |
| PEN NEEDLES _____                                              | 70 | PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP _____                                                     | 96 | phenytoin SUSP _____                                             | 14 |
| PENBRAYA _____                                                 | 94 | PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP _____                                                     | 96 | PHESGO _____                                                     | 32 |
| penicillamine TABS _____                                       | 76 | PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP _____                                                     | 96 | PHOTOFRIN _____                                                  | 34 |
| penicillin v potassium SOLR _____                              | 88 |                                                                                               |    | PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT _____                              | 85 |
| penicillin v potassium TABS _____                              | 88 |                                                                                               |    |                                                                  |    |
| PENTACEL _____                                                 | 92 |                                                                                               |    |                                                                  |    |
| pentoxifylline _____                                           | 64 |                                                                                               |    |                                                                  |    |

|                                       |    |                                    |    |                                          |    |
|---------------------------------------|----|------------------------------------|----|------------------------------------------|----|
| phytonadione TABS 5 MG _____          | 98 | PLEGRIDY SOSY IM _____             | 91 | POLY-VITE/IRON SOLN _____                | 81 |
| PIFELTRO _____                        | 39 | PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ ...     | 90 | POMALYST _____                           | 32 |
| PIKO 1 _____                          | 73 | PLEGRIDY STARTER PACK SOSY         |    | PORTRAZZA _____                          | 31 |
| PILLOW MASK/ADULT MISC ____           | 73 | SC _____                           | 90 | pot phosphate monobasic w/ sod           |    |
| PILLOW MASK/CHILD MISC ____           | 73 | PLENITY _____                      | 1  | phosphate dibasic & monobasic__          | 76 |
| PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC            | 73 | PLENITY WELCOME KIT _____          | 1  | potassium bicarbonate TBEF ____          | 76 |
| pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____     | 78 | plerixafor _____                   | 65 | potassium chloride CPCR 10 MEQ .         | 76 |
| pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % .  | 84 | PNEUMOVAX 23 SOLN _____            | 94 | potassium chloride CPCR 8 MEQ ..         | 76 |
| PILOT COVID-19 AT-HOME TEST           |    | PNEUMOVAX 23 SOSY _____            | 94 | potassium chloride                       |    |
| KIT _____                             | 56 | POCKET PEAK FLOW METER ____        | 73 | microencapsulated crystals er ____       | 76 |
| pimecrolimus _____                    | 53 | POCKETPEAK PEAK FLOW METER         |    | potassium chloride PACK PO 20            |    |
| PIN RID CHEW _____                    | 9  | .....                              | 73 | MEQ _____                                | 76 |
| pindolol TABS _____                   | 41 | podofilox SOLN .....               | 53 | potassium chloride SOLN PO 10 %,         |    |
| pioglitazone hcl _____                | 20 | POLIVY _____                       | 30 | 20 %, 10 % _____                         | 76 |
| pioglitazone hcl-metformin hcl TABS . | 18 | POLYCOSE LIQD _____                | 84 | potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10        |    |
| PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP          |    | POLYCOSE POWD _____                | 84 | MEQ _____                                | 76 |
| STRP _____                            | 57 | polyethylene glycol 3350 POWD _    | 67 | potassium citrate (alkalinizer) TBCR ... | 62 |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) .          | 33 | polymyxin b-trimethoprim _____     | 85 | POTELIGEO _____                          | 30 |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) .          | 33 | polysaccharide iron complex CAPS . | 65 | PRADAXA CAPS (Use dabigatran             |    |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) .          | 33 | POLYTRIM (Use polymyxin b-         |    | etexilate mesylate) _____                | 12 |
| pirfenidone CAPS _____                | 92 | trimethoprim) _____                | 85 | pralatrexate _____                       | 30 |
| pirfenidone TABS _____                | 92 | POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1       |    | PRALUENT SOAJ _____                      | 24 |
| piroxicam CAPS _____                  | 5  | MG _____                           | 80 | pramipexole dihydrochloride TABS .       | 35 |
| PLAN B ONE-STEP (Use                  |    | POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG ____      | 80 | pramoxine-hc-chloroxylenol ____          | 87 |
| levonorgestrel (emergency oc)) ____   | 45 | polyvinyl alcohol 1.4 % _____      | 84 | prasugrel hcl _____                      | 64 |
| PLAQUENIL (Use                        |    | POLY-VI-SOL SOLN PO _____          | 81 | pravastatin sodium _____                 | 24 |
| hydroxychloroquine sulfate) _____     | 28 | POLY-VITA SOLN PO _____            | 81 | prazosin hcl CAPS _____                  | 25 |
| PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel         |    | POLY-VITA/IRON SOLN _____          | 81 | PRECISION XTRA KETONE ____               | 57 |
| bisulfate) _____                      | 64 | POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO .      | 81 | PRED FORTE (Use prednisolone             |    |
| PLEGRIDY SOAJ _____                   | 91 |                                    |    | acetate (ophth)) _____                   | 86 |



|                                                                                |    |                                                                                 |                                                             |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|
| PRED MILD _____                                                                | 86 | GEL (Use sodium fluoride (dental))<br>78                                        | desvenlafaxine succinate)_____                              | 17 |
| prednisolone acetate (ophth) ____                                              | 86 | PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT<br>(Use sodium fluoride (dental)) ____              | PRIVIGEN SOLN _____                                         | 88 |
| PREDNISOLONE ACETATE P-F .                                                     | 86 | PREVIDENT 5000 ORTHO<br>DEFENSE PSTE DT (Use sodium<br>fluoride (dental)) _____ | PROAIR RESPICLICK AEPB ____                                 | 11 |
| PREDNISOLONE SODIUM<br>PHOSPHATE _____                                         | 86 | PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use<br>sodium fluoride (dental)) _____                | probenecid _____                                            | 63 |
| prednisolone sodium phosphate<br>SOLN 20 MG/5ML _____                          | 45 | PREVIDENT GEL (Use sodium<br>fluoride (dental)) _____                           | PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90<br>MG (Use nifedipine) _____    | 42 |
| prednisolone sodium phosphate<br>SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML ____                 | 45 | PREVNAR 13 _____                                                                | PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use<br>nifedipine) _____           | 42 |
| prednisolone SOLN _____                                                        | 45 | PREVNAR 20 _____                                                                | prochlorperazine _____                                      | 37 |
| prednisolone TABS _____                                                        | 45 | PREVYMIS SOLN _____                                                             | prochlorperazine maleate TABS __                            | 37 |
| PREDNISONE INTENSOL CONC .                                                     | 45 | PREVYMIS TABS _____                                                             | PROCYSBI CPDR _____                                         | 62 |
| prednisone SOLN _____                                                          | 45 | PREZCOBIX _____                                                                 | PROCYSBI PACK _____                                         | 62 |
| prednisone TABS _____                                                          | 46 | PREZISTA SUSP _____                                                             | PROFILNINE _____                                            | 63 |
| prednisone TBPk _____                                                          | 46 | PREZISTA TABS 150 MG _____                                                      | progesterone CAPS 100 MG ____                               | 90 |
| PREGNYL IM _____                                                               | 58 | PREZISTA TABS 600 MG (Use<br>darunavir) _____                                   | progesterone CAPS 200 MG ____                               | 89 |
| PREHEVBRIO _____                                                               | 96 | PREZISTA TABS 75 MG _____                                                       | PROGRAF CAPS (Use tacrolimus)<br>77                         |    |
| PREMARIN _____                                                                 | 97 | PREZISTA TABS 800 MG (Use<br>darunavir) _____                                   | PROGRAF PACK _____                                          | 77 |
| PREMARIN TABS _____                                                            | 61 | PRIALT _____                                                                    | PROLASTIN-C SOLN _____                                      | 91 |
| PREMPHASE _____                                                                | 60 | PRILOSEC OTC TBEC (Use<br>omeprazole magnesium) _____                           | PROLASTIN-C SOLR _____                                      | 91 |
| PREMPRO _____                                                                  | 60 | PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS<br>(Use primaquine phosphate) ____                    | PROLEUKIN _____                                             | 34 |
| PRENATAL VITAMINS-MISC ____                                                    | 81 | primaquine phosphate TABS ____                                                  | PROLIA SOSY _____                                           | 58 |
| PREPARATION H EX 1 % _____                                                     | 8  | primidone _____                                                                 | promethazine & phenylephrine SYRP<br>.....                  | 47 |
| PREPARATION H SOOTHING<br>RELIEF EX 1 % _____                                  | 8  | PRIORIX SUSR _____                                                              | PROMETHAZINE HCL POWD ____                                  | 44 |
| PREVACID 24HR CPDR (Use<br>lansoprazole) _____                                 | 94 | PRISTIQ 100 MG (Use<br>desvenlafaxine succinate) _____                          | promethazine hcl SOLN PO 6.25<br>MG/5ML, 12.5 MG/10ML _____ | 23 |
| PREVACID CPDR 30 MG (Use<br>lansoprazole) _____                                | 94 | PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use                                                       | promethazine hcl SUPP _____                                 | 23 |
| PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS<br>PSTE DT (Use sodium fluoride<br>(dental)) _____ | 78 |                                                                                 | promethazine hcl TABS _____                                 | 23 |
| PREVIDENT 5000 DRY MOUTH                                                       |    |                                                                                 | promethazine w/codeine SOLN ____                            | 47 |
|                                                                                |    |                                                                                 | promethazine w/codeine SYRP ____                            | 47 |
|                                                                                |    |                                                                                 | promethazine-dm SYRP _____                                  | 47 |

|                                                                    |                                                                     |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| promethazine-phenylephrine-codeine<br>.....47                      | pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100<br>MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .47 | %-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____ 55                                                           |
| PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use<br>progesterone) _____ 90              | pseudoephedrine-guaifenesin SYRP<br>100 MG/5ML-30 MG/5ML _____ 48   | pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM<br>4 %-0.33 % _____ 55                              |
| PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use<br>progesterone) _____ 90              | pseudoephedrine-guaifenesin TB12<br>600 MG-60 MG _____ 48           | pyrethrins-piperonyl butoxide-<br>permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-<br>0.5 % _____ 55 |
| PRONEB ULTRA FILTER SET MISC<br>.....73                            | pseudoephedrine-ibuprofen TABS 48                                   | PYRIDIDIUM TABS (Use<br>phenazopyridine hcl) _____ 63                                  |
| propafenone hcl TABS .....10                                       | psyllium CAPS 0.52 GM _____ 66                                      | pyridostigmine bromide TABS 60 MG<br>.....28                                           |
| propranolol hcl CP24 .....41                                       | psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 % .....66    | pyridostigmine bromide TBCR .....28                                                    |
| propranolol hcl SOLN PO 20<br>MG/5ML, 40 MG/5ML _____ 41           | psyllium POWD 43 % _____ 66                                         | pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG,<br>100 MG _____ 98                                   |
| propranolol hcl TABS _____ 41                                      | PTS PANELS EGLU TEST STRP .57                                       | pyrimethamine _____ 28                                                                 |
| propylthiouracil _____ 92                                          | PULMICORT SUSP (Use<br>budesonide (inhalation)) _____ 11            | PYRUKYND TABS _____ 64                                                                 |
| PROQUAD SUSR _____ 96                                              | PULMOZYME _____ 91                                                  | PYRUKYND TAPER PACK TBPK .64                                                           |
| PROSCAR (Use finasteride) ____ 62                                  | PURAPLY _____ 55                                                    | PYZCHIVA 130 MG/26ML _____ 62                                                          |
| PROTEXT SUSP _____ 55                                              | PURE COMFORT FLOW METER<br>ADULT _____ 73                           | PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML<br>.....51                                              |
| PROTONIX TBEC 20 MG (Use<br>pantoprazole sodium) _____ 94          | PURE COMFORT FLOW METER<br>CHILD _____ 73                           | QC CALCIUM 500MG-D3 TABS _ 75                                                          |
| PROTONIX TBEC 40 MG (Use<br>pantoprazole sodium) _____ 94          | PURE COMFORT PEAK FLOW<br>MISC _____ 73                             | QC TRIACTING DAYTIME<br>CHILDRENS SYRP _____ 48                                        |
| PROVENTIL HFA AERS (Use<br>albuterol sulfate) _____ 11             | PURE COMFORT SAFETY PEN<br>NEEDLE _____ 70                          | QINLOCK _____ 33                                                                       |
| PROVERA 5 MG, 10 MG (Use<br>medroxyprogesterone acetate) ____ 90   | PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML<br>(Use mercaptopurine) _____ 30         | QUADRACEL SUSP _____ 92                                                                |
| PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use<br>fluoxetine hcl) _____ 17          | PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM<br>CAPS _____ 48                           | QUADRACEL SUSY _____ 92                                                                |
| PROZAC CAPS 40 MG (Use<br>fluoxetine hcl) _____ 17                 | PX GLUCOSE _____ 19                                                 | QUARTETTE (Use levonorgestrel-<br>ethinyl estradiol (91-day)) _____ 44                 |
| pseudoephed-bromphen-dm SYRP<br>10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML<br>47 | PX NITETIME MULTI-SYMPTOM<br>CAPS _____ 48                          | QUESTRAN LIGHT POWD (Use<br>cholestyramine light) _____ 23                             |
| pseudoephedrine hcl TABS _____ 82                                  | pyrantel pamoate SUSP _____ 9                                       | QUESTRAN PACK (Use<br>cholestyramine) _____ 23                                         |
| pseudoephedrine hcl TB12 _____ 82                                  | pyrazinamide _____ 29                                               | QUESTRAN POWD (Use<br>cholestyramine) _____ 24                                         |
|                                                                    | pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3                                | quetiapine fumarate TABS 100 MG,                                                       |

|                                                   |    |                                                                                                                                                  |    |                                                          |    |
|---------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|
| 200 MG _____                                      | 36 | SUSP _____                                                                                                                                       | 83 | RELEUKO SOSY _____                                       | 65 |
| quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____       | 36 | RADICAVA ORS SUSP _____                                                                                                                          | 83 | RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____                  | 2  |
| quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____     | 36 | RADICAVA SOLN (Use edaravone) _____                                                                                                              | 83 | RELEXXII TBCR 36 MG _____                                | 2  |
| QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG _____        | 80 | raloxifene hcl _____                                                                                                                             | 59 | RELION GLUCOSE _____                                     | 19 |
| QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____               | 80 | ramipril CAPS _____                                                                                                                              | 25 | RELION GLUCOSE TIRAS REACTIVAS STRP _____                | 57 |
| QUFLORA PEDIATRIC SOLN _____                      | 80 | RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus) _____                                                                                                              | 77 | RELION KETONE TEST STRP _____                            | 57 |
| QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT _____               | 69 | RAPAMUNE TABS (Use sirolimus) _____                                                                                                              | 77 | REL PAX (Use eletriptan hydrobromide) _____              | 74 |
| QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____         | 57 | RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML _____ | 3  | REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine) _____        | 15 |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE _____              | 70 | REBIF REBIDOSE SOAJ _____                                                                                                                        | 91 | REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine) _____        | 15 |
| QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____          | 57 | REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ _____                                                                                                         | 91 | REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine) _____        | 15 |
| quinapril hcl _____                               | 25 | REBIF SOSY _____                                                                                                                                 | 91 | REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine) _____               | 15 |
| quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG _____ | 26 | REBIF TITRATION PACK SOSY _____                                                                                                                  | 91 | REMERON TABS 30 MG (Use mirtazapine) _____               | 15 |
| quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG _____ | 26 | REBINYN _____                                                                                                                                    | 63 | RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____ | 92 |
| quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____   | 26 | RECLAST SOLN (Use zoledronic acid) _____                                                                                                         | 58 | REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT _____                     | 24 |
| quinidine gluconate TBCR _____                    | 10 | RECOMBINATE SOLR _____                                                                                                                           | 63 | REPATHA SOSY _____                                       | 24 |
| quinidine sulfate TABS _____                      | 10 | RECOMBIVAX HB SUSP _____                                                                                                                         | 96 | REPATHA SURECLICK SOAJ _____                             | 24 |
| QUINTABS TABS _____                               | 79 | RECOMBIVAX HB SUSY _____                                                                                                                         | 96 | REPEL SPORTSMEN MAX LOTN _____                           | 54 |
| QVAR REDHALER 40 MCG/ACT _____                    | 11 | RECORLEV _____                                                                                                                                   | 58 | REPLACEMENT AIR FILTER MISC _____                        | 73 |
| QVAR REDHALER 80 MCG/ACT _____                    | 11 | REDITREX SOSY _____                                                                                                                              | 3  | REPLACEMENT FILTERS MISC _____                           | 73 |
| RA DRY MOUTH SOLN _____                           | 78 | REGLAN TABS (Use metoclopramide hcl) _____                                                                                                       | 61 | RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam) _____              | 66 |
| RA GLUCOSE _____                                  | 19 | REL CARE TABS _____                                                                                                                              | 79 | RETACRIT _____                                           | 65 |
| RABAVERT _____                                    | 96 | RELENZA DISKHALER _____                                                                                                                          | 40 | RETEVMO CAPS _____                                       | 33 |
| RADICAVA ORS STARTER KIT                          |    | RELEUKO SOLN _____                                                                                                                               | 65 |                                                          |    |

|                                      |    |                                     |    |                                    |    |
|--------------------------------------|----|-------------------------------------|----|------------------------------------|----|
| RETHYMIC _____                       | 76 | RIABNI _____                        | 30 | methylphenidate hcl) _____         | 2  |
| RETIN-A CREA (Use tretinoin) _____   | 49 | RIASTAP _____                       | 63 | ritonavir TABS _____               | 39 |
| RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin) . | 49 | ribavirin (hepatitis c) CAPS _____  | 40 | RITUXAN _____                      | 30 |
| RETIN-A GEL 0.025 % (Use             |    | ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG | 40 | RITUXAN HYCELA _____               | 32 |
| tretinoin) _____                     | 49 | riboflavin TABS _____               | 98 | rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5      |    |
| RETISERT _____                       | 86 | rifabutin _____                     | 29 | MG/24HR _____                      | 90 |
| RETROVIR CAPS (Use zidovudine) .     | 39 | rifampin CAPS _____                 | 29 | rivastigmine tartrate CAPS _____   | 90 |
| RETROVIR SYRP (Use zidovudine) .     | 39 | RIGHTEST GT333 BLOOD                |    | RIXUBIS SOLR _____                 | 63 |
| REUSABLE COMFORTSEAL MASK-           |    | GLUCOSE STRP _____                  | 57 | rizatriptan benzoate TABS _____    | 74 |
| LRG MISC _____                       | 73 | RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST         |    | rizatriptan benzoate TBDP _____    | 74 |
| REUSABLE COMFORTSEAL MASK-           |    | STRP _____                          | 57 | ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate)  |    |
| MED MISC _____                       | 73 | RILUTEK TABS (Use riluzole) ____    | 83 | .....                              | 93 |
| REUSABLE COMFORTSEAL MASK-           |    | riluzole TABS _____                 | 83 | ROBINUL-FORTE TABS (Use            |    |
| SML MISC _____                       | 73 | RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG ____       | 2  | glycopyrrolate) _____              | 93 |
| REVATIO SOLN (Use sildenafil         |    | risedronate sodium TABS 35 MG .     | 58 | ROCALTROL CAPS (Use calcitriol)    |    |
| citrate (pulmonary hypertension)) .  | 43 | risedronate sodium TABS 5 MG, 30    |    | 60                                 |    |
| REVATIO SUSR (Use sildenafil         |    | MG _____                            | 58 | roflumilast _____                  | 10 |
| citrate (pulmonary hypertension)) .  | 43 | risedronate sodium TBEC _____       | 58 | ROMIDEPSIN SOLN _____              | 33 |
| REVATIO TABS (Use sildenafil         |    | RISPERDAL CONSTA (Use               |    | romidepsin SOLR _____              | 33 |
| citrate (pulmonary hypertension)) .  | 43 | risperidone microspheres) _____     | 36 | ropinirole hydrochloride TABS 0.25 |    |
| REVCIVI _____                        | 60 | RISPERDAL SOLN (Use risperidone)    |    | MG, 3 MG, 4 MG _____               | 35 |
| REVLIMID _____                       | 77 | .....                               | 36 | ropinirole hydrochloride TABS 0.5  |    |
| REYATAZ CAPS 200 MG (Use             |    | RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2      |    | MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____         | 35 |
| atazanavir sulfate) _____            | 39 | MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone)    |    | rosuvastatin calcium TABS _____    | 24 |
| REYATAZ CAPS 300 MG (Use             |    | 36                                  |    | ROTARIX SUSP _____                 | 96 |
| atazanavir sulfate) _____            | 39 | risperidone microspheres _____      | 36 | ROTARIX SUSR _____                 | 96 |
| REYATAZ PACK _____                   | 39 | risperidone SOLN _____              | 36 | ROTATEQ SOLN _____                 | 96 |
| REZUROCK _____                       | 77 | risperidone TABS _____              | 36 | ROUGH PIGWEED _____                | 2  |
| RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS           |    | risperidone TBDP _____              | 36 | ROXICODONE TABS 15 MG (Use         |    |
| SOSY IM _____                        | 88 | RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use      |    | oxycodone hcl) _____               | 7  |
| RHOPHYLAC SOSY IJ _____              | 88 | methylphenidate hcl) _____          | 2  | ROXICODONE TABS 30 MG (Use         |    |
|                                      |    | RITALIN TABS 5 MG (Use              |    | oxycodone hcl) _____               | 7  |
|                                      |    |                                     |    | ROZLYTREK CAPS _____               | 33 |

|                                    |    |                                   |    |                                    |    |
|------------------------------------|----|-----------------------------------|----|------------------------------------|----|
| RUBRACA _____                      | 33 | SAVELLA TABS _____                | 90 | SELZENTRY SOLN _____               | 39 |
| RUCONEST _____                     | 64 | SAVELLA TITRATION PACK MISC .     |    | SELZENTRY TABS 150 MG (Use         |    |
| rufinamide SUSP _____              | 13 | 90                                |    | maraviroc) _____                   | 39 |
| rufinamide TABS _____              | 13 | SAWYER INSECT REPELLENT           |    | SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG .      |    |
| RUKOBIA _____                      | 39 | LOTN _____                        | 54 | 39                                 |    |
| RUXIENCE _____                     | 30 | saxagliptin hcl _____             | 19 | SELZENTRY TABS 300 MG (Use         |    |
| RYDAPT _____                       | 33 | saxagliptin-metformin hcl _____   | 18 | maraviroc) _____                   | 39 |
| RYLAZE _____                       | 34 | SCEMBLIX 100 MG _____             | 33 | SEMGLEE (YFGN) SOLN _____          | 20 |
| RYPLAZIM _____                     | 64 | SCEMBLIX 20 MG, 40 MG _____       | 33 | SEMGLEE (YFGN) SOPN _____          | 20 |
| SABRIL PACK (Use vigabatrin) ____  | 14 | SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM           | 55 | sennosides TABS 8.6 MG _____       | 67 |
| SABRIL TABS (Use vigabatrin) ____  | 14 | SCOT-TUSSIN DM LIQD _____         | 48 | sennosides-docusate sodium TABS .  |    |
| SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl  |    | SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD ____      | 48 | 66                                 |    |
| (oral)) _____                      | 78 | SEASONIQUE (Use levonorgestrel-   |    | SENOKOT S TABS (Use                |    |
| salicylic acid GEL 6 % _____       | 53 | ethinyl estradiol (91-day)) _____ | 44 | sennosides-docusate sodium) ____   | 67 |
| SALINE NASAL SPRAY 0.65% ____      | 82 | SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML .    |    | SENOKOT TABS (Use sennosides) .    |    |
| salsalate _____                    | 6  | 62                                |    | 67                                 |    |
| SAMI THE SEAL FILTERS MISC .       | 73 | SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML,     |    | SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _    | 60 |
| SAMSCA TABS (Use tolvaptan) ____   | 60 | 90 MG/ML _____                    | 51 | SEREVENT DISKUS _____              | 11 |
| SANDIMMUNE CAPS (Use               |    | selegiline hcl CAPS _____         | 35 | SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG       |    |
| cyclosporine) _____                | 77 | selegiline hcl TABS _____         | 35 | (Use quetiapine fumarate) _____    | 37 |
| SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML .      |    | selenium sulfide LOTN 1 % _____   | 51 | SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG         |    |
| 77                                 |    | selenium sulfide LOTN 2.5 % _____ | 51 | (Use quetiapine fumarate) _____    | 37 |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT          |    | selenium sulfide SHAM 1 % _____   | 51 | SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG       |    |
| (Use octreotide acetate) _____     | 60 | SELSUN BLUE CARE MENS MAX         |    | (Use quetiapine fumarate) _____    | 36 |
| SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML,        |    | STR LOTN (Use selenium sulfide) . | 51 | SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG .     |    |
| 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use        |    | SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use       |    | 59                                 |    |
| octreotide acetate) _____          | 60 | selenium sulfide) _____           | 51 | sertraline hcl CONC _____          | 17 |
| SAPHNELO _____                     | 77 | SELSUN BLUE LOTN (Use selenium    |    | sertraline hcl TABS 100 MG _____   | 17 |
| sapropterin dihydrochloride PACK   | 60 | sulfide) _____                    | 51 | sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG . |    |
| sapropterin dihydrochloride TABS . | 60 | SELSUN BLUE MEDICATED LOTN        |    | 17                                 |    |
| SARNA LOTN (Use camphor &          |    | (Use selenium sulfide) _____      | 51 | SEVENFACT _____                    | 64 |
| menthol) _____                     | 50 | SELSUN BLUE MOISTURIZING          |    | SFROWASA ENEM _____                | 62 |
|                                    |    | LOTN (Use selenium sulfide) ____  | 51 | SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ        |    |
|                                    |    |                                   |    | .....                              | 2  |

|                                                           |    |                                                                               |    |                                                              |    |
|-----------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------|----|
| SHINGRIX _____                                            | 96 | SIMPLYTHICK EASY MIX _____                                                    | 88 | sodium fluoride (dental) GEL _____                           | 78 |
| SIDESTREAM ADULT FACE MASK<br>MISC _____                  | 73 | simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20<br>MG, 40 MG _____                           | 24 | sodium fluoride (dental) PSTE DT _____                       | 78 |
| SIDESTREAM PEDIATRIC FACE<br>MASK MISC _____              | 73 | SINEMET TABS 100 MG-10 MG,<br>100 MG-25 MG (Use carbidopa-<br>levodopa) _____ | 35 | sodium fluoride CHEW _____                                   | 76 |
| SIDESTREAM PLS ADULT FACE<br>MASK MISC _____              | 73 | SINGULAIR CHEW (Use<br>montelukast sodium) _____                              | 10 | sodium fluoride SOLN _____                                   | 76 |
| SIGNIFOR _____                                            | 60 | SINGULAIR PACK (Use montelukast<br>sodium) _____                              | 10 | sodium phenylbutyrate POWD _____                             | 60 |
| SIGNIFOR LAR _____                                        | 60 | SINGULAIR TABS (Use montelukast<br>sodium) _____                              | 10 | sodium phenylbutyrate TABS _____                             | 60 |
| SIKLOS TABS _____                                         | 64 | sirolimus SOLN _____                                                          | 77 | sodium phosphates ENEM _____                                 | 67 |
| sildenafil citrate (pulmonary<br>hypertension) SOLN _____ | 43 | sirolimus TABS _____                                                          | 77 | sodium polystyrene sulfonate POWD<br>77                      |    |
| sildenafil citrate (pulmonary<br>hypertension) SUSR _____ | 43 | SITAGLIPT BASE-METFORM HCL<br>ER TB24 _____                                   | 18 | sodium polystyrene sulfonate SUSP<br>CO 15 GM/60ML _____     | 77 |
| sildenafil citrate (pulmonary<br>hypertension) TABS _____ | 43 | SITAGLIPTIN _____                                                             | 19 | sodium sulfate-potassium sulfate-<br>magnesium sulfate _____ | 67 |
| SILICONE MASK/ADULT MISC _____                            | 73 | SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN<br>HCL TABS _____                                  | 18 | SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS<br>.....                         | 40 |
| SILICONE MASK/INFANT MISC _____                           | 73 | SIVEXTRO TABS _____                                                           | 28 | SOLESTA _____                                                | 76 |
| SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC<br>73                        |    | SKYRIZI PEN SOAJ _____                                                        | 51 | SOLQUA _____                                                 | 18 |
| SILVADENE (Use silver<br>sulfadiazine) _____              | 51 | SKYRIZI SOSY _____                                                            | 51 | SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE<br>SOLN _____                     | 80 |
| silver sulfadiazine _____                                 | 51 | SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) _____                                            | 98 | SOLUVITA SOLN _____                                          | 76 |
| simethicone CHEW 80 MG _____                              | 61 | SM IPECAC SYRUP _____                                                         | 21 | SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN<br>80                            |    |
| simethicone LIQD PO _____                                 | 61 | SOAANZ TABS 20 MG _____                                                       | 57 | SOMAVERT _____                                               | 59 |
| simethicone SUSP _____                                    | 61 | sodium bicarbonate (antacid) TABS<br>325 MG, 650 MG _____                     | 8  | SOOTHENEB NBL 100 ADULT<br>MASK MISC _____                   | 73 |
| SIMLANDI (1 PEN) AJKT _____                               | 3  | sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %                                           | 62 | SOOTHENEB NBL 100 CHILD<br>MASK MISC _____                   | 73 |
| SIMLANDI (2 PEN) AJKT _____                               | 3  | sodium chloride (inhalant) AERS _____                                         | 48 | SOOTHENEB NBL 100 MED CUP<br>MISC _____                      | 73 |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) PSKT 40<br>MG/0.4ML _____            | 3  | sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9<br>%, 3 %, 10 % .....                     | 48 | SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP<br>MISC _____                     | 73 |
| SIMPLERA SENSOR _____                                     | 69 | sodium citrate & citric acid _____                                            | 62 | sorafenib tosylate _____                                     | 33 |
| SIMPLERA SYNC SENSOR _____                                | 69 | sodium fluoride (dental) CREA _____                                           | 78 | SORBITOL PO 70 % _____                                       | 67 |
| SIMPLERA SYSTEM _____                                     | 69 |                                                                               |    |                                                              |    |

|                                                                   |    |                                                                                                                  |    |                                                              |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------|----|
| SORREL/DOCK MIX IJ _____                                          | 2  | STELARA SOSY _____                                                                                               | 51 | SUDAFED SINUS CONGESTION<br>TABS (Use pseudoephedrine hcl) . | 82 |
| SOSWEET SYRP _____                                                | 89 | STEQUEYMA _____                                                                                                  | 51 | SUDAFED TABS (Use<br>pseudoephedrine hcl) _____              | 83 |
| sotalol hcl (afib/afll) _____                                     | 41 | STEQUEYMA _____                                                                                                  | 62 | sulfacetamide sodium (acne) _____                            | 49 |
| sotalol hcl TABS 240 MG _____                                     | 41 | STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 .                                                                                   | 89 | sulfacetamide sodium (ophth) OINT                            | 85 |
| sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG,<br>160 MG _____                   | 41 | STERILE DILUENT FOR<br>REMODULIN (Use glycine diluent)                                                           | 89 | sulfacetamide sodium (ophth) SOLN .                          | 85 |
| SOVALDI TABS _____                                                | 40 | STIVARGA _____                                                                                                   | 33 | sulfacetamide sodium LIQD _____                              | 51 |
| SOVUNA 200 MG _____                                               | 28 | STOP LICE MAXIMUM STRENGTH<br>LIQD 4 %-0.33 % _____                                                              | 55 | sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN<br>10 %-5 % _____        | 49 |
| SPACER/AEROSOL-HOLDING<br>CHAMBER SUPPLIES _____                  | 73 | STRATTERA (Use atomoxetine hcl) .                                                                                | 1  | sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP<br>10 %-5 % _____        | 49 |
| SPACER/AEROSOL-HOLDING<br>CHAMBERS _____                          | 73 | STRENSIQ _____                                                                                                   | 60 | sulfacetamide sod-prednisolone<br>SOLN _____                 | 86 |
| SPACERS AND BREATHING<br>CHAMBERS-MISC _____                      | 73 | STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY<br>TABS _____                                                                         | 79 | sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP<br>.....                  | 27 |
| SPEEDY SWAB COVID-19<br>ANTIGEN KIT _____                         | 57 | STRIBILD _____                                                                                                   | 39 | sulfamethoxazole-trimethoprim TABS<br>.....                  | 27 |
| SPIKEVAX SUSP _____                                               | 96 | STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW<br>MTR _____                                                                          | 74 | sulfasalazine TABS .....                                     | 62 |
| SPIKEVAX SUSY _____                                               | 96 | SUBLOCADE SOSY _____                                                                                             | 8  | sulfasalazine TBEC .....                                     | 62 |
| spinosad _____                                                    | 55 | SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG,<br>1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use<br>buprenorphine hcl-naloxone hcl<br>dihydrate) _____ | 8  | sulindac TABS .....                                          | 5  |
| SPINRAZA _____                                                    | 83 | SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG<br>(Use buprenorphine hcl-naloxone hcl<br>dihydrate) _____                           | 8  | sumatriptan .....                                            | 74 |
| SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use<br>tiotropium bromide monohydrate) . | 10 | sucralfate SUSP _____                                                                                            | 93 | sumatriptan succinate SOAJ 6<br>MG/0.5ML _____               | 74 |
| spironolactone & hydrochlorothiazide<br>.....                     | 57 | sucralfate TABS _____                                                                                            | 93 | sumatriptan succinate SOCT 6<br>MG/0.5ML _____               | 74 |
| spironolactone TABS .....                                         | 57 | SUDAFED CHILDRENS LIQD ____                                                                                      | 82 | sumatriptan succinate SOLN 6<br>MG/0.5ML _____               | 74 |
| SPORANOX CAPS (Use<br>itraconazole) _____                         | 22 | SUDAFED PE CHILDRENS SOLN                                                                                        | 82 | sumatriptan succinate TABS _____                             | 75 |
| SPRAVATO (56 MG DOSE) _____                                       | 16 | SUDAFED PE SINUS<br>CONGESTION TABS (Use<br>phenylephrine hcl (oral)) _____                                      | 82 | sunitinib malate _____                                       | 33 |
| SPRAVATO (84 MG DOSE) _____                                       | 16 |                                                                                                                  |    | SUPARTZ FX SOSY _____                                        | 81 |
| SPRYCEL (Use dasatinib) _____                                     | 33 |                                                                                                                  |    | SUPER BI-MIX SOLR _____                                      | 42 |
| STAMARIL SUSR _____                                               | 96 |                                                                                                                  |    |                                                              |    |
| stavudine CAPS _____                                              | 39 |                                                                                                                  |    |                                                              |    |
| STELARA 130 MG/26ML _____                                         | 62 |                                                                                                                  |    |                                                              |    |

|                                                                                             |    |                                                         |    |                                                            |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|----|
| SUPER TRI-MIX SOLR _____                                                                    | 42 | SYNTHROID TABS (Use<br>levothyroxine sodium) _____      | 92 | oseltamivir phosphate) _____                               | 40 |
| SUPPRELIN LA _____                                                                          | 59 | SYNVISC ONE SOSY _____                                  | 82 | TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir<br>phosphate) _____          | 40 |
| SUPRAX CAPS (Use cefixime) ____                                                             | 44 | SYNVISC SOSY _____                                      | 82 | tamoxifen citrate TABS _____                               | 31 |
| SUPREP BOWEL PREP KIT (Use<br>sodium sulfate-potassium sulfate-<br>magnesium sulfate) _____ | 67 | SYPRINE (Use trientine hcl) ____                        | 76 | tamsulosin hcl _____                                       | 62 |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES<br>70                                                              |    | SYRPALTA SYRP _____                                     | 89 | TARCEVA (Use erlotinib hcl) ____                           | 31 |
| SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP<br>89                                                              |    | SYRSPEND SF LIQD _____                                  | 89 | TARGRETIN (Use bexarotene<br>(topical)) _____              | 50 |
| SUSPENDRX W/BITTERBLOC<br>SWEET SUSP _____                                                  | 89 | SYRUP VEHICLE SF SYRP ____                              | 89 | TARGRETIN (Use bexarotene) __                              | 34 |
| SUSPENDRX W/BITTERBLOC<br>UNSWEET SUSP _____                                                | 89 | SYRUP VEHICLE SYRP _____                                | 89 | TARPEYO CPDR _____                                         | 46 |
| SUSPENSION VEHICLE SUSP ____                                                                | 89 | TAB-A-VITE/IRON/BETA<br>CAROTENE TABS _____             | 79 | TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG<br>(Use nilotinib hcl) _____ | 33 |
| SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL)<br>SOLN _____                                                    | 85 | TABLOID _____                                           | 30 | TAVNEOS _____                                              | 64 |
| SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN<br>.....                                                      | 85 | TABRECTA _____                                          | 33 | tazarotene CREA _____                                      | 51 |
| SUSVIMO OCULAR IMPLANT ____                                                                 | 69 | tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _                      | 53 | tazarotene GEL _____                                       | 51 |
| SUTENT (Use sunitinib malate) _                                                             | 33 | tacrolimus (topical) OINT 0.1 % ____                    | 53 | TAZORAC CREA (Use tazarotene)<br>51                        |    |
| SYLVANT _____                                                                               | 77 | tacrolimus CAPS _____                                   | 77 | TAZORAC GEL (Use tazarotene) .                             | 51 |
| SYMBICORT (Use budesonide-<br>formoterol fumarate dihydrate) ____                           | 12 | tadalafil (pulmonary hypertension)<br>TABs _____        | 43 | TAZVERIK _____                                             | 33 |
| SYMDEKO _____                                                                               | 91 | TAFINLAR CAPS _____                                     | 33 | TDVAX SUSP _____                                           | 92 |
| SYMFI (Use efavirenz-lamivudine-<br>tenofovir disoproxil fumarate) ____                     | 39 | TAGAMET HB 200 TABS (Use<br>cimetidine) _____           | 93 | TECARTUS _____                                             | 31 |
| SYMFI LO (Use efavirenz-<br>lamivudine-tenofovir disoproxil<br>fumarate) _____              | 39 | TAGAMET HB TABS (Use<br>cimetidine) _____               | 93 | TECENTRIQ _____                                            | 30 |
| SYNAGIS SOLN _____                                                                          | 88 | TAGRISSE _____                                          | 31 | TECFIDERA CDPK (Use dimethyl<br>fumarate) _____            | 91 |
| SYNAREL _____                                                                               | 59 | TAKHZYRO SOLN _____                                     | 64 | TECFIDERA CPDR (Use dimethyl<br>fumarate) _____            | 91 |
| SYNOJOYNT SOSY _____                                                                        | 81 | TAKHZYRO SOSY _____                                     | 64 | TECHLITE PLUS PEN NEEDLES                                  | 70 |
| SYNRIBO _____                                                                               | 34 | TALTZ SOAJ _____                                        | 51 | TEGLUTIK SUSP _____                                        | 83 |
|                                                                                             |    | TALTZ SOSY _____                                        | 51 | TEGRETOL SUSP (Use<br>carbamazepine) _____                 | 14 |
|                                                                                             |    | TALZENNA _____                                          | 33 | TEGRETOL TABS (Use<br>carbamazepine) _____                 | 14 |
|                                                                                             |    | TAMIFLU CAPS 30 MG (Use<br>oseltamivir phosphate) _____ | 40 | TEGRETOL-XR TB12 (Use                                      |    |
|                                                                                             |    | TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use                          |    |                                                            |    |



|                                                        |    |                                                   |    |                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| carbamazepine) _____                                   | 14 | MG/ML _____                                       | 8  | THYMOGLOBULIN _____                                                                                  | 77 |
| TEGSEDI _____                                          | 91 | testosterone cypionate SOLN IM 200<br>MG/ML _____ | 8  | THYROGEN 0.9 MG _____                                                                                | 55 |
| telmisartan _____                                      | 25 | testosterone enanthate SOLN IM _____              | 8  | THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60<br>MG, 90 MG, 120 MG _____                                             | 92 |
| telmisartan-amlodipine _____                           | 26 | TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS<br>TD SUSP _____       | 92 | tiagabine hcl _____                                                                                  | 14 |
| telmisartan-hydrochlorothiazide _____                  | 26 | tetrabenazine _____                               | 90 | TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG,<br>360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl<br>extended release beads) _____ | 42 |
| temazepam 15 MG, 30 MG _____                           | 66 | tetracaine hcl (ophth) _____                      | 85 | TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl<br>extended release beads) _____                                    | 42 |
| TEMODAR SOLR _____                                     | 29 | tetracycline hcl CAPS 500 MG _____                | 92 | TIBSOVO _____                                                                                        | 33 |
| temozolomide CAPS _____                                | 29 | tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %<br>85         |    | ticagrelor 60 MG, 90 MG _____                                                                        | 64 |
| TEMPO WELCOME KIT _____                                | 69 | TEZSPIRE SOSY _____                               | 10 | TICOVAC _____                                                                                        | 96 |
| temsirolimus _____                                     | 33 | TGT GLUCOSE _____                                 | 19 | TIGLUTIK SUSP _____                                                                                  | 83 |
| TENIVAC INJ _____                                      | 92 | THALOMID _____                                    | 77 | TIKOSYN (Use dofetilide) _____                                                                       | 10 |
| tenofovir disoproxil fumarate TABS<br>39               |    | THEO-24 CP24 _____                                | 12 | timolol maleate (ophth) SOLN _____                                                                   | 84 |
| TENORETIC 100 (Use atenolol &<br>chlorthalidone) _____ | 26 | theophylline ELIX _____                           | 12 | timolol maleate TABS _____                                                                           | 41 |
| TENORETIC 50 (Use atenolol &<br>chlorthalidone) _____  | 26 | theophylline SOLN _____                           | 12 | TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use<br>timolol maleate (ophth)) _____                                         | 84 |
| TENORMIN TABS (Use atenolol) .                         | 41 | theophylline TB12 _____                           | 12 | TIMOPTIC SOLN (Use timolol<br>maleate (ophth)) _____                                                 | 84 |
| TEPADINA (Use thiotepa) _____                          | 29 | theophylline TB24 _____                           | 12 | TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .                                                                     | 50 |
| TEPEZZA _____                                          | 59 | THERA TABS _____                                  | 79 | tioconazole vaginal 6.5 % _____                                                                      | 97 |
| terazosin hcl _____                                    | 25 | THEREMS TABS _____                                | 79 | tiopronin TABS _____                                                                                 | 63 |
| terbinafine hcl (topical) CREA _____                   | 50 | thiamine hcl TABS _____                           | 98 | tiopronin TBEC _____                                                                                 | 63 |
| terbinafine hcl TABS _____                             | 22 | thiamine mononitrate TABS 100 MG .<br>98          |    | tiotropium bromide monohydrate<br>CAPS _____                                                         | 10 |
| terbutaline sulfate TABS _____                         | 12 | THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) .                  | 63 | TIVDAK _____                                                                                         | 30 |
| terconazole vaginal CREA _____                         | 97 | THIOLA TABS (Use tiopronin) _____                 | 63 | TIVICAY TABS 50 MG _____                                                                             | 39 |
| terconazole vaginal SUPP _____                         | 97 | thioridazine hcl _____                            | 37 | tizanidine hcl TABS _____                                                                            | 81 |
| teriflunomide _____                                    | 91 | thiotepa _____                                    | 29 | TM-DAILY VITE TABS _____                                                                             | 79 |
| teriparatide SOPN _____                                | 58 | thiothixene _____                                 | 37 | TOBI NEBU (Use tobramycin) _____                                                                     | 2  |
| TERIPARATIDE SOPN _____                                | 58 | THRESHOLD IMT MISC _____                          | 74 |                                                                                                      |    |
| TESTOPEL PLLT _____                                    | 8  | THROMBATE III _____                               | 64 |                                                                                                      |    |
| testosterone cypionate SOLN IM 100                     |    |                                                   |    |                                                                                                      |    |

|                                                                              |    |                                                                  |    |                                                               |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|
| TOBI PODHALER CAPS _____                                                     | 2  | TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____                  | 53 | trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____                | 17 |
| TOBRADEX OINT _____                                                          | 86 | topiramate CPSP 15 MG _____                                      | 14 | TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____                     | 29 |
| TOBRADEX SUSP (Use tobramycin-dexamethasone) _____                           | 86 | topiramate CPSP 25 MG _____                                      | 14 | TRECTOR _____                                                 | 29 |
| tobramycin (ophth) SOLN _____                                                | 85 | topiramate TABS 100 MG _____                                     | 14 | TREMFYA ONE-PRESS SOAJ 100 MG/ML _____                        | 51 |
| tobramycin NEBU _____                                                        | 2  | topiramate TABS 200 MG _____                                     | 14 | TREMFYA PEN SOAJ 100 MG/ML .                                  | 51 |
| tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML _____ | 2  | topiramate TABS 25 MG, 50 MG _                                   | 14 | TREMFYA SOSY 100 MG/ML ____                                   | 51 |
| tobramycin sulfate SOLR _____                                                | 2  | TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____                     | 35 | tretinoin (chemotherapy) _____                                | 34 |
| tobramycin-dexamethasone SUSP .                                              | 86 | topotecan hcl SOLN _____                                         | 35 | tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % .....                   | 49 |
| TOBREX OINT _____                                                            | 85 | TOPOTECAN HCL SOLN _____                                         | 35 | tretinoin GEL 0.01 % _____                                    | 49 |
| tolnaftate CREA _____                                                        | 50 | topotecan hcl SOLR _____                                         | 35 | tretinoin GEL 0.025 % _____                                   | 49 |
| tolterodine tartrate CP24 _____                                              | 94 | TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate) _____           | 41 | TRETEN _____                                                  | 64 |
| tolterodine tartrate TABS _____                                              | 94 | TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) . | 41 | TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____                 | 30 |
| tolvaptan TABS _____                                                         | 60 | toremifene citrate _____                                         | 31 | triamcinolone acetonide (mouth) ..                            | 78 |
| tolvaptan TBPK 15 MG _____                                                   | 60 | TORISEL (Use temsirolimus) ____                                  | 33 | triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____                    | 82 |
| TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate) _____                           | 14 | torsemide TABS _____                                             | 57 | triamcinolone acetonide (topical) CREA _____                  | 53 |
| TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____                           | 14 | TRACLEER TABS (Use bosentan) .                                   | 43 | triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____                  | 53 |
| TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____                                   | 14 | TRACLEER TBSO _____                                              | 43 | triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____          | 53 |
| TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____                                   | 14 | tramadol hcl TABS 50 MG _____                                    | 7  | triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____     | 53 |
| TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____                             | 14 | tramadol-acetaminophen _____                                     | 7  | TRIAMINIC COLD/COUGH DAY                                      |    |
| TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____                              | 53 | trandolapril 1 MG, 2 MG _____                                    | 25 | TIME SYRP _____                                               | 48 |
| TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____                              | 52 | trandolapril 4 MG _____                                          | 25 | TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr) . | 46 |
| TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____                                      | 53 | trandolapril-verapamil hcl _____                                 | 26 | triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____    | 57 |
|                                                                              |    | tranexamic acid TABS _____                                       | 65 |                                                               |    |
|                                                                              |    | tranylcypromine sulfate _____                                    | 16 |                                                               |    |
|                                                                              |    | TRAZIMERA _____                                                  | 31 |                                                               |    |
|                                                                              |    | trazodone hcl TABS 300 MG ____                                   | 17 |                                                               |    |

|                                                                                  |    |                                                                                     |    |                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|----|
| triamterene & hydrochlorothiazide<br>TABS _____                                  | 57 | trospium chloride TABS _____                                                        | 94 | TYBOST _____                                                       | 39 |
| triazolam _____                                                                  | 66 | TRUE COMFORT PEN NEEDLES<br>70                                                      |    | TYKERB (Use lapatinib ditosylate)<br>33                            |    |
| TRIBENZOR (Use olmesartan<br>medoxomil-amlodipine-<br>hydrochlorothiazide) _____ | 27 | TRUE COMFORT PRO PEN<br>NEEDLES _____                                               | 70 | TYLENOL CHILDRENS<br>CHEWABLES CHEW (Use<br>acetaminophen) _____   | 5  |
| TRIDESILON CREA 0.05 % (Use<br>desonide) _____                                   | 53 | TRUE COMFORT SAFETY PEN<br>NEEDLE _____                                             | 70 | TYLENOL CHILDRENS PAIN +<br>FEVER SUSP (Use acetaminophen)<br>5    |    |
| trientine hcl 250 MG _____                                                       | 76 | TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE<br>TEST STRP _____                                        | 57 | TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use<br>acetaminophen) _____                | 5  |
| trientine hcl 500 MG _____                                                       | 76 | TRUE MULTIVITAMIN TABS _____                                                        | 79 | TYLENOL EXTRA STRENGTH<br>TABS (Use acetaminophen) _____           | 5  |
| TRIESENCE _____                                                                  | 86 | TRUELYTE SOLN _____                                                                 | 76 | TYLENOL FOR CHILDREN +<br>ADULTS SUSP (Use<br>acetaminophen) _____ | 5  |
| trifluoperazine hcl TABS _____                                                   | 37 | TRUEPLUS GLUCOSE CHEW ____                                                          | 19 | TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER<br>SUSP (Use acetaminophen) _____       | 5  |
| trifluridine _____                                                               | 85 | TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO<br>CHEW _____                                            | 19 | TYLENOL TABS (Use<br>acetaminophen) _____                          | 6  |
| trihexyphenidyl hcl TABS _____                                                   | 35 | TRULICITY _____                                                                     | 19 | TYMLOS _____                                                       | 58 |
| TRIKAFTA TBPK _____                                                              | 91 | TRUMENBA 0.5 ML _____                                                               | 94 | TYPHIM VI SOLN _____                                               | 94 |
| TRILEPTAL SUSP (Use<br>oxcarbazepine) _____                                      | 14 | TRUVADA 200 MG-300 MG (Use<br>emtricitabine-tenofovir disoproxil<br>fumarate) _____ | 39 | TYPHIM VI SOSY _____                                               | 94 |
| TRILEPTAL TABS (Use<br>oxcarbazepine) _____                                      | 14 | TRUXIMA _____                                                                       | 30 | TYVASO REFILL KIT SOLN IN ____                                     | 43 |
| TRILURON SOSY _____                                                              | 82 | TRUZONE PEAK FLOW METER .                                                           | 74 | TYVASO SOLN IN _____                                               | 43 |
| trimethoprim TABS _____                                                          | 27 | TUBING/WING TIP MISC _____                                                          | 74 | TYVASO STARTER KIT SOLN IN .                                       | 43 |
| TRI-MIX SOLR _____                                                               | 42 | TUDORZA PRESSAIR _____                                                              | 10 | ULTIGUARD SAFEPAK PEN<br>NEEDLE _____                              | 70 |
| TRINTELLIX _____                                                                 | 17 | TUKYSA _____                                                                        | 31 | ULTRA NEB ACCESSORIES KIT<br>MISC _____                            | 74 |
| TRIPTODUR _____                                                                  | 59 | TUMS CHEW (Use calcium<br>carbonate (antacid)) _____                                | 9  | ULTRATHON INSECT REPELLENT<br>8 AERO _____                         | 54 |
| TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____                                            | 34 | TUMS LASTING EFFECTS CHEW<br>(Use calcium carbonate (antacid)) _                    | 9  | ULTRATHON INSECT REPELLENT<br>LOTN _____                           | 54 |
| TRIUMEQ TABS _____                                                               | 39 | TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use<br>calcium carbonate (antacid)) _____                     | 9  | UNIFINE OTC PEN NEEDLES ____                                       | 70 |
| TRIVISC SOSY _____                                                               | 82 | TURALIO 125 MG _____                                                                | 33 |                                                                    |    |
| TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE<br>SOLN 0.25 MG/ML _____                               | 80 | TWINRIX SUSY _____                                                                  | 96 |                                                                    |    |
| TRIZIVIR _____                                                                   | 39 | TYBLUME CHEW _____                                                                  | 44 |                                                                    |    |
| TROGARZO _____                                                                   | 39 |                                                                                     |    |                                                                    |    |
| tropicamide SOLN _____                                                           | 84 |                                                                                     |    |                                                                    |    |

|                                                                    |                                                              |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE .<br>70                                 | VABYSMO SOLN _____ 85                                        | vancomycin hcl SOLR IV 1 GM ____ 27                                                |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN<br>NEEDLE _____ 70                         | VAGIFEM TABS (Use estradiol<br>vaginal) _____ 97             | VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM .<br>27                                                |
| UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use<br>diphenhydramine hcl (sleep)) ____ 66 | valacyclovir hcl 1 GM _____ 40                               | vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .27                                                  |
| UNISOM SLEEPTABS (Use<br>doxylamine succinate (sleep)) ____ 66     | valacyclovir hcl 500 MG _____ 40                             | VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500<br>MG _____ 27                                          |
| UNISPEND ANHYDROUS<br>SWEETENED SUSP _____ 89                      | VALCHLOR _____ 50                                            | vancomycin hcl SOLR PO 25<br>MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .27                       |
| UNISPEND ANHYDROUS<br>UNSWEETENED SUSP _____ 89                    | VALCYTE TABS (Use valganciclovir<br>hcl) _____ 40            | VANDAZOLE _____ 97                                                                 |
| UNITUXIN _____ 30                                                  | valganciclovir hcl TABS _____ 40                             | VAQTA _____ 96                                                                     |
| UPTRAVI SOLR _____ 43                                              | VALIUM TABS (Use diazepam) ____ 10                           | varenicline tartrate TABS _____ 91                                                 |
| UPTRAVI TABS _____ 43                                              | valproate sodium SOLN PO 250<br>MG/5ML, 500 MG/10ML _____ 15 | varenicline tartrate TBPK _____ 91                                                 |
| UPTRAVI TITRATION TBPK ____ 43                                     | valproic acid CAPS _____ 15                                  | VARIVAX SUSR _____ 96                                                              |
| urea CREA 40 % _____ 53                                            | valrubicin _____ 32                                          | VASERETIC 25 MG-10 MG (Use<br>enalapril maleate &<br>hydrochlorothiazide) _____ 27 |
| urea LOTN 40 % _____ 53                                            | valsartan TABS _____ 25                                      | VASOTEC TABS (Use enalapril<br>maleate) _____ 25                                   |
| URETRON D/S TABS 81.6 MG ____ 27                                   | valsartan-hydrochlorothiazide ____ 27                        | VAXCHORA _____ 94                                                                  |
| UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium<br>citrate (alkalinizer)) _____ 62 | VALSTAR (Use valrubicin) ____ 32                             | VAXELIS SUSP _____ 92                                                              |
| UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium<br>citrate (alkalinizer)) _____ 62  | VALTOCO 10 MG DOSE LIQD ____ 12                              | VAXELIS SUSY _____ 92                                                              |
| URSO 250 TABS (Use ursodiol) _ 61                                  | VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5<br>MG/0.1ML _____ 13             | VAXNEUVANCE _____ 94                                                               |
| ursodiol CAPS _____ 61                                             | VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10<br>MG/0.1ML _____ 13              | VECAMYL _____ 27                                                                   |
| ursodiol TABS 250 MG _____ 61                                      | VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____ 13                               | VECTIBIX 100 MG/5ML, 400<br>MG/20ML _____ 31                                       |
| USTEKINUMAB 130 MG/26ML ____ 62                                    | VALTREX 1 GM (Use valacyclovir<br>hcl) _____ 40              | VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)<br>.....33                                        |
| USTEKINUMAB SOSY 45<br>MG/0.5ML, 90 MG/ML _____ 51                 | VALTREX 500 MG (Use valacyclovir<br>hcl) _____ 40            | VELETRI (Use epoprostenol<br>sodium) _____ 43                                      |
| USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45<br>MG/0.5ML, 90 MG/ML _____ 51         | VANCOCIN CAPS 125 MG (Use<br>vancomycin hcl) _____ 27        | VEMLIDY _____ 40                                                                   |
| USTEKINUMAB-TTWE _____ 51                                          | VANCOCIN CAPS 250 MG (Use<br>vancomycin hcl) _____ 27        | VENCLEXTA STARTING PACK<br>TBPK _____ 31                                           |
| USTEKINUMAB-TTWE _____ 62                                          | vancomycin hcl CAPS 125 MG ____ 27                           | VENCLEXTA TABS _____ 31                                                            |
|                                                                    | vancomycin hcl CAPS 250 MG ____ 27                           |                                                                                    |

|                                   |    |                                     |    |                                        |    |
|-----------------------------------|----|-------------------------------------|----|----------------------------------------|----|
| venlafaxine hcl CP24 150 MG ____  | 17 | VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _     | 30 | VITAMIN E CAPS _____                   | 98 |
| venlafaxine hcl CP24 37.5 MG ____ | 17 | vigabatrin PACK _____               | 14 | VITAMIN E CHEW _____                   | 98 |
| venlafaxine hcl CP24 75 MG ____   | 17 | vigabatrin TABS _____               | 14 | VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN             | 80 |
| venlafaxine hcl TABS _____        | 17 | VIGAMOX SOLN OP (Use                |    | vitamins w/ lipotropics CAPS ____      | 81 |
| venlafaxine hcl TB24 150 MG ____  | 17 | moxifloxacin hcl (ophth)) _____     | 85 | VITRAKVI CAPS _____                    | 34 |
| venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75  |    | VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) . |    | VITRAKVI SOLN _____                    | 34 |
| MG, 225 MG _____                  | 17 | 17                                  |    | VIVAGUARD INO TIRAS                    |    |
| VENTAVIS IN _____                 | 43 | VIJOICE TBPk _____                  | 77 | REACTIVAS STRP _____                   | 57 |
| VENTOLIN HFA AERS (Use            |    | vilazodone hcl TABS _____           | 17 | VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol)       |    |
| albuterol sulfate) _____          | 12 | VILTEPSO _____                      | 83 | 61                                     |    |
| verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG |    | VIMIZIM _____                       | 60 | VIVIMUSTA SOLN _____                   | 29 |
| .....                             | 42 | vincristine sulfate _____           | 35 | VIVITROL _____                         | 21 |
| verapamil hcl CP24 120 MG, 180    |    | VIRACEPT TABS 250 MG _____          | 39 | VIVOTIF _____                          | 94 |
| MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG ____   | 42 | VIRACEPT TABS 625 MG _____          | 39 | VIZIMPRO _____                         | 31 |
| VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use        |    | VIREAD POWD _____                   | 39 | VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL            |    |
| verapamil hcl) _____              | 42 | VIREAD TABS (Use tenofovir          |    | EX (Use diclofenac sodium (topical)) . |    |
| verapamil hcl TABS _____          | 42 | disoproxil fumarate) _____          | 39 | 50                                     |    |
| verapamil hcl TBCR _____          | 42 | VIREAD TABS 150 MG, 200 MG,         |    | VONJO _____                            | 34 |
| VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)  |    | 250 MG _____                        | 39 | VONVENDI _____                         | 64 |
| 42                                |    | VISCO-3 SOSY _____                  | 82 | VOQUEZNA _____                         | 94 |
| VERELAN PM CP24 100 MG, 200       |    | VISINE RED EYE COMFORT (Use         |    | VORAXAZE _____                         | 34 |
| MG (Use verapamil hcl) _____      | 42 | tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____ | 85 | VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _         | 34 |
| VERELAN PM CP24 300 MG (Use       |    | VISTARIL CAPS (Use hydroxyzine      |    | VOTRIENT _____                         | 34 |
| verapamil hcl) _____              | 42 | pamoate) _____                      | 9  | VYNDAMAX _____                         | 43 |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE       |    | VISTOGARD _____                     | 21 | VYNDAQEL _____                         | 43 |
| 70                                |    | VISUDYNE _____                      | 85 | VYONDYS 53 _____                       | 83 |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE ____     | 70 | VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML .     |    | VYTORIN (Use ezetimibe-                |    |
| VERSAFREE SYRP _____              | 89 | 98                                  |    | simvastatin) _____                     | 23 |
| VERSAPLUS SYRP _____              | 89 | vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT,  |    | VYVANSE CAPS _____                     | 1  |
| VERZENIO _____                    | 33 | 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG,     |    | VYVANSE CHEW _____                     | 1  |
| VIBRAMYCIN CAPS (Use              |    | 90 MG _____                         | 98 | VYVGART _____                          | 77 |
| doxycycline hyclate) _____        | 92 | vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT,  |    |                                        |    |
| VICTOZA (Use liraglutide) _____   | 19 | 400 UNIT _____                      | 98 |                                        |    |

|                                                                                      |    |                                                               |    |                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------|----|
| VYXEOS _____                                                                         | 32 | XENLETA TABS _____                                            | 28 | levocetirizine dihydrochloride) _____                  | 23 |
| WALGREENS GLUCOSE _____                                                              | 19 | XERMELO _____                                                 | 62 | YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____   | 44 |
| WALGREENS GLUCOSE CHEW .19                                                           |    | XGEVA SOLN _____                                              | 58 | YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____         | 44 |
| WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .48                                |    | XIAFLEX _____                                                 | 76 | YERVOY _____                                           | 30 |
| warfarin sodium TABS _____                                                           | 12 | XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl) _____ | 18 | YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML _                            | 51 |
| WELIREG _____                                                                        | 31 | XIPERE _____                                                  | 86 | YESINTEK SOSY _____                                    | 51 |
| WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl) _____                                  | 15 | XOLAIR SOAJ _____                                             | 10 | YF-VAX INJ _____                                       | 96 |
| WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl) _____                                  | 15 | XOLAIR SOLR _____                                             | 10 | YONDELIS _____                                         | 29 |
| WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl) _____                                  | 15 | XOLAIR SOSY _____                                             | 10 | YONSA _____                                            | 31 |
| WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl) _____                                  | 15 | XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____                 | 12 | YUFLYMA (1 PEN) AJKT _____                             | 3  |
| WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl) _____                                  | 15 | XOSPATA _____                                                 | 34 | YUFLYMA (2 PEN) AJKT _____                             | 3  |
| white petrolatum-mineral oil _____                                                   | 84 | XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG _____                       | 32 | YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT ____                          | 3  |
| WILATE KIT _____                                                                     | 64 | XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 32                                 |    | YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT _____                    | 3  |
| WINDMILL TRAINER MISC _____                                                          | 74 | XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG _____                       | 32 | YUSIMRY _____                                          | 4  |
| WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML__ | 88 | XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG _____                        | 32 | YUTIQ _____                                            | 86 |
| XALATAN SOLN (Use latanoprost) 87                                                    |    | XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 32                                |    | ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____ | 87 |
| XALKORI CAPS _____                                                                   | 34 | XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG _____                        | 32 | zaleplon 10 MG _____                                   | 66 |
| XANAX TABS (Use alprazolam)__                                                        | 10 | XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) .. 32                             |    | zaleplon 5 MG _____                                    | 66 |
| XELJANZ SOLN _____                                                                   | 2  | XTANDI CAPS _____                                             | 31 | ZALTRAP _____                                          | 30 |
| XELJANZ TABS _____                                                                   | 2  | XTANDI TABS _____                                             | 31 | ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____          | 81 |
| XELJANZ XR TB24 _____                                                                | 2  | XURIDEN _____                                                 | 60 | ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide) _____                 | 14 |
| XELODA (Use capecitabine) _____                                                      | 30 | XYNTHA _____                                                  | 64 | ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____                 | 14 |
| XEMBIFY _____                                                                        | 88 | XYNTHA SOLOFUSE _____                                         | 64 | ZARXIO _____                                           | 65 |
| XENAZINE (Use tetrabenazine) _                                                       | 90 | XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use                                  |    | ZAVESCA (Use miglustat) _____                          | 64 |
|                                                                                      |    |                                                               |    | ZEJULA CAPS _____                                      | 34 |

|                                                                                            |    |                                                           |    |                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------|----|------------------------------|----|
| ZELBORAF .....                                                                             | 34 | ZITHROMAX PACK .....                                      | 68 | ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG ..... | 83 |
| ZEMAIRA SOLR 1000 MG .....                                                                 | 91 | ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML<br>(Use azithromycin) .....     | 68 | ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG ..... | 83 |
| ZEMAIRA SOLR 4000 MG .....                                                                 | 91 | ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML<br>(Use azithromycin) .....     | 68 | ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG ..... | 83 |
| ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol)<br>60                                                      |    | ZITHROMAX TABS 250 MG (Use<br>azithromycin) .....         | 68 | ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG ..... | 83 |
| ZEPZELCA .....                                                                             | 29 | ZITHROMAX TABS 500 MG (Use<br>azithromycin) .....         | 68 | ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG ..... | 83 |
| ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5<br>MG-20 MG (Use lisinopril &<br>hydrochlorothiazide) ..... | 27 | ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use<br>azithromycin) .....        | 68 | ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG ..... | 83 |
| ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use<br>lisinopril & hydrochlorothiazide) ..                        | 27 | ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use<br>azithromycin) .....          | 68 | ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG ..... | 83 |
| ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use<br>lisinopril) .....                                              | 25 | ZITUVIMET TABS .....                                      | 18 | ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG ..... | 83 |
| ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20<br>MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril)<br>25                    |    | ZITUVIMET XR TB24 .....                                   | 18 | ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG ..... | 83 |
| ZETIA (Use ezetimibe) .....                                                                | 24 | ZITUVIO .....                                             | 19 | ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG ..... | 83 |
| ZEVALIN Y-90 .....                                                                         | 30 | ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40<br>MG (Use simvastatin) ..... | 24 | ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG ..... | 83 |
| ZIAC (Use bisoprolol &<br>hydrochlorothiazide) .....                                       | 27 | ZOKINVY .....                                             | 77 | ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG ..... | 83 |
| ZIAGEN SOLN (Use abacavir<br>sulfate) .....                                                | 39 | ZOLADEX .....                                             | 31 | ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG .....   | 83 |
| ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)<br>.....                                                | 39 | zoledronic acid CONC .....                                | 58 | ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG ..... | 83 |
| zidovudine CAPS .....                                                                      | 40 | zoledronic acid SOLN .....                                | 58 | ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG .....   | 83 |
| zidovudine SYRP .....                                                                      | 40 | ZOLEDRONIC ACID SOLN .....                                | 58 | ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG .....   | 83 |
| zidovudine TABS .....                                                                      | 40 | ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG .....   | 83 |
| ZILRETTA SRER .....                                                                        | 46 | ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG .....   | 83 |
| zinc oxide (topical) OINT 20 % ..                                                          | 54 | ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG .....   | 83 |
| zinc sulfate CAPS .....                                                                    | 76 | ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG .....   | 83 |
| ZINPLAVA .....                                                                             | 88 | ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG .....   | 83 |
| ziprasidone hcl .....                                                                      | 36 | ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG .....   | 83 |
| ZIRABEV .....                                                                              | 30 | ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG .....   | 84 |
|                                                                                            |    | ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG .....   | 84 |
|                                                                                            |    | ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG .....                              | 83 | ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG .....   | 84 |
|                                                                                            |    |                                                           |    | ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG .....   | 84 |
|                                                                                            |    |                                                           |    | ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG .....   | 84 |
|                                                                                            |    |                                                           |    | ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG .....  | 84 |
|                                                                                            |    |                                                           |    | ZOLINZA .....                | 34 |
|                                                                                            |    |                                                           |    | zolmitriptan SOLN 5 MG ..... | 75 |

|                                                        |    |                                                                             |    |
|--------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| zolmitriptan TABS _____                                | 75 | ZYRTEC CHEW 10 MG (Use<br>cetirizine hcl) _____                             | 23 |
| zolmitriptan TBDP _____                                | 75 | ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY<br>CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) .               | 23 |
| ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)<br>17                 |    | ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY<br>SOLN PO (Use cetirizine hcl) ____               | 23 |
| ZOLOFT TABS 100 MG (Use<br>sertraline hcl) _____       | 17 | ZYRTEC-D ALLERGY &<br>CONGESTION (Use cetirizine-<br>pseudoephedrine) _____ | 48 |
| ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use<br>sertraline hcl) _____ | 17 | ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS<br>(Use cetirizine-pseudoephedrine) .              | 48 |
| zolpidem tartrate TABS _____                           | 66 | ZYTIGA (Use abiraterone acetate)<br>31                                      |    |
| ZOMIG SOLN 5 MG (Use<br>zolmitriptan) _____            | 75 |                                                                             |    |
| ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG<br>(Use zonisamide) _____  | 14 |                                                                             |    |
| zonisamide CAPS _____                                  | 14 |                                                                             |    |
| ZORBTIVE SC _____                                      | 59 |                                                                             |    |
| ZOVIRAX CREA (Use acyclovir<br>topical) _____          | 51 |                                                                             |    |
| ZOVIRAX OINT (Use acyclovir<br>topical) _____          | 51 |                                                                             |    |
| ZUBSOLV SUBL _____                                     | 8  |                                                                             |    |
| ZULRESSO _____                                         | 15 |                                                                             |    |
| ZYDELIG _____                                          | 34 |                                                                             |    |
| ZYKADIA TABS _____                                     | 34 |                                                                             |    |
| ZYLOPRIM (Use allopurinol) ____                        | 63 |                                                                             |    |
| ZYNLONTA _____                                         | 30 |                                                                             |    |
| ZYPREXA RELPREVV _____                                 | 37 |                                                                             |    |
| ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG<br>(Use olanzapine) _____    | 37 |                                                                             |    |
| ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use<br>olanzapine) _____    | 37 |                                                                             |    |
| ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG<br>(Use olanzapine) _____   | 37 |                                                                             |    |
| ZYRTEC ALLERGY TABS (Use<br>cetirizine hcl) _____      | 23 |                                                                             |    |