

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

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

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

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

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

La Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La FP-PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) 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.

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

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

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

Puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es [1-800-704-1484](tel:1-800-704-1484) (TTY/TTD [1-800-255-0056](tel:1-800-255-0056)). También puede usar la herramienta "Drug Lookup" ("Búsqueda de medicamentos") en la página web segura para afiliados para saber

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Sólo planificación familiar - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

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

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

Límites de dispensación

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

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

Terapia escalonada

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

Límites de cantidad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el

Comité P&T. 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](tel:1-866-399-0928) para obtener ayuda para enviar el suministro de 72 horas para su pago.

Exclusiones

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

Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

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

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

Medicamentos de venta libre

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

Medicamentos genéricos

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

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

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

Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	<u>1-800-704-1484</u>
	Fax: <u>1-800-659-7518</u>
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: <u>1-833-582-2342</u>
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

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>	Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros. Límites para personas sin tratamiento previo*: - Dosis diaria máxima = 50 MME** - Suministro máximo de días = 7 días - Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada *Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días **MME = Equivalente en miligramos de morfina

<i>Tiras reactivas</i>	Los(as) usuarios(as) de insulina se limitan a 150 tiras por cada 30 días; Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días EXCEPCIONES: Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días - Afiliados(as) menores de 18 años - Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo
------------------------	---

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<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

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<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
<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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies[®]

Sólo planificación familiar - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida
<i>SUSY</i>	Jeringa precargada con suspensión
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>TABS</i>	Comprimidos
<i>TB12</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
<i>TB24</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
<i>TBCR</i>	Comprimidos de liberación prolongada
<i>TBDP</i>	Tableta dispersable
<i>TBEC</i>	Tableta con recubrimiento entérico
<i>TBEF</i>	Tableta efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de comprimidos terapéuticos
<i>TBSO</i>	Comprimido soluble
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas			AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos			Aminoglucósidos		
<i>neomycin sulfate TABS</i>	P		<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ML por surtido al por menor)
ZEMDRI	P	PA	<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares			<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
Combinaciones de opioides			<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta 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	QL(180 ML al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor	<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón			<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 cada día)
Esteroides rectales			<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
PREPARATION H EX 1 %	NP	PA; RX/OTC	<i>TOLSURA CAPS</i>	P	PA
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %	NP	PA; RX/OTC	MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos			Medicamentos antiinfecciosos - varios.		
Antifúngicos			<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P		<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P		<i>trimethoprim TABS</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P		Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)	<i>BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(1 cada día; 90 cada 120 días de venta al por menor)	<i>BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
Imidazole - Antifúngicos relacionados			<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole)</i>	NP	QL(70 ML por surtido al por menor)	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
<i>DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)	Lipopéptidos cíclicos		
			<i>daptomycin</i>	P	PA
			<i>DAPTOMYCIN (Use daptomycin)</i>	NP	PA
			<i>DAPTOMYCIN</i>	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Lincosamidas			VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl)		
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl)	NP		NP		QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)	MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG	P		Vasodilatadores periféricos		
clindamycin palmitate hydrochloride	P	QL(300 ML por surtido al por menor)	inositol niacinate CAPS	P	PA
Monobactámicos			CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
AZACTAM (Use aztreonam)	NP	PA	Cefalosporinas de primera generación		
aztreonam	P	PA	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML	P	PA
Polimixinas			cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG	P	
colistimethate sodium	P	PA	cephalexin SUSR	P	
COLY-MYCIN M (Use colistimethate sodium)	NP	PA	Cefalosporinas de segunda generación		
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales			cefaclor CAPS	P	
Medicamentos contra el CMV			cefaclor SUSR 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML	P	
GANCICLOVIR SODIUM SOLN	P	PA	cefoxitin sodium IV	P	PA
PREVYMIS SOLN	P	PA	cefprozil SUSR	P	QL(200 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
PREVYMIS TABS	P	PA	cefprozil TABS	P	QL(20 por surtido al por menor)
Medicamentos contra el herpes			cefuroxime axetil TABS	P	QL(20 por surtido al por menor)
acyclovir CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Cefalosporinas de tercera generación		
acyclovir SUSP	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)	cefdinir CAPS	P	QL(20 por surtido al por menor)
acyclovir TABS PO 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	cefdinir SUSR	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
acyclovir TABS PO 400 MG	P	QL(3 cada día)	ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM	P	PA
valacyclovir hcl 500 MG	P	QL(2 cada día)	ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
valacyclovir hcl 1 GM	P	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)	Anticonceptivos combinados - Orales		
VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)			

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Anticonceptivos de progestina - orales			<i>imiquimod</i> 5 %	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
<i>norethindrone</i> (contraceptive)	P		Medicamentos de uso tópico - varios		
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel			AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA	P	PA
Antivirales - tópicos			EPICYN SOLN	P	PA
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)	HYCLODEX SOLN	P	PA
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)	HYPOCYN SOLN	P	PA
ZOVIRAX CREA (Use <i>acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 GM por surtido al por menor)	QBREXZA	P	PA
ZOVIRAX OINT (Use <i>acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)	Escabicidas y pediculicidas		
Corticosteroides - tópicos			<i>crotamiton</i> LOTN	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
BRYHALI LOTN	P	PA	ELIMITE CREA (Use <i>permethrin</i>)	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate CREA</i>	P	PA	LICEMD GEL	P	
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (Use <i>hydrocortisone topical</i>)	NP	PA	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i>)	NP	
CORTIZONE-10/ALOE LIQD (Use <i>hydrocortisone topical</i>)	NP	PA	<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA	<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
<i>hydrocortisone (topical) LIQD</i>	P	PA	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i> 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %	P	
IMPOYZ CREA 0.025 % (Use <i>clobetasol propionate</i>)	NP	PA	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover</i> 4 %-0.33 %-0.5 %	P	
LEXETTE FOAM (Use <i>halobetasol propionate</i>)	NP	PA	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM</i> 4 %-0.33 %	P	
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA</i> 1 %-1 %	P	PA	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
RADIAURA CREA	P	PA	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	P	
SCARZEN SKIN REPAIR	P	PA	FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Medicamentos inmunomoduladores tópicos			Fluoroquinolonas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P		MAXFE	P	PA
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)	Suplementos de hierro		
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (<i>Use ciprofloxacin hcl</i>)	NP		HEMATEX LIQD	P	PA
<i>levofloxacin TABS</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)	NOVAFERRUM LIQD	P	PA
<i>ofloxacin 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)	MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota			Azitromicina		
Uricosúricos			<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>probenecid</i>	P		<i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos			<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
Cobalaminas			<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	P	PA	<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
METHYLCOBALAMIN SOLR	P	PA	<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>methylcobalamin SUBL</i>	P	PA	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>methylcobalamin TBDP</i>	P	PA	ZITHROMAX Z-PAK TABS (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
Ácido fólico/folatos			ZITHROMAX PACK	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC	ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(15 ML por surtido al por menor)
Mezclas hematopoyéticas			ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
ACTIRON	P	PA	ZITHROMAX TABS 250 MG (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
FOLI-D TABS	P	PA	ZITHROMAX TABS 500 MG (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
FOLVITE-D TABS	P	PA	Claritromicina		
GENICIN VITA-D TABS (<i>Use folic acid-cholecalciferol</i>)	NP	PA	<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
HEMATRON-AF	P	PA	<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
HEMAX EZY-DOSE	P	PA	<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)
IRO-PLEX	P	PA			
IRO-PLEX	P	PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
clarithromycin TB24	P	QL(14 por surtido al por menor)	NEURAGEN PN OINT	P	PA
Eritromicinas			PRID OINT	P	PA
E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP		TRAUMEEL OINT	P	PA
ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP		ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate)	NP		MULTIVITAMINAS		
erythromycin base CPEP	P		Multivitaminas con hierro		
erythromycin base TABS	P		DESTRESS-IRON TABS	P	QL(1 cada día)
erythromycin base TBEC	P		multiple vitamins w/ iron TABS	P	QL(1 cada día)
erythromycin ethylsuccinate SUSR	P		TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	QL(1 cada día)
erythromycin ethylsuccinate TABS	P		Multivitaminas		
erythromycin stearate TABS 250 MG	P		ALTRIXA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS			AMLADEX TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Anticonceptivos			DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FC2 FEMALE CONDOM	P		ESTROFACTORS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FEMCAP DEVI	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	FOLCYTEINE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MALE CONDOMS-MISC	P	QL(36 cada 30 días)	GENICIN VITA-Q TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS			MINCORA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Productos homeopáticos			MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA	MULTI VITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
AVENOC OINT	P	PA	multiple vitamin TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CALENDULA OINT	P	PA	MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA	MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT	P	PA	NEOMULTIVITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
			OMNICAP TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid Family Planning

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
ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITA SOLN PO	P	PA
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	PA
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Vitaminas prenatales		
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS <i>(Use multiple vitamin)</i>	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI	P	PA
ONE-A-DAY MENS TABS <i>(Use multiple vitamin)</i>	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	AZESCO TABS	P	PA
QUINTABS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CITRANATAL MEDLEY	P	PA
RELCARE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	COMPLETE NATAL DHA	P	PA
STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CVS PRENATAL GUMMY	P	PA
THERA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	DERMACINRX PRETRATE TABS	P	PA
THEREMS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	FOLIVANE-OB	P	PA
TM-DAILY VITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	NEOMATERNA TABS 1 MG	P	PA
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	NEO-VITAL RX TABS	P	PA
Multivitaminas pediátricas con hierro			PRENATAL GUMMIES	P	PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN	P	PA	PRENATAL MULTI +DHA CAPS	P	PA
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	P	PA	PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	PA	PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS	P	PA
POLY-VITE/IRON SOLN	P	PA	PRENATVITE COMPLETE TABS	P	PA
Multivitaminas pediátricas			PRENATVITE PLUS TABS	P	PA
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	PA	TARON-C DHA	P	PA
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	PA	WESNATAL DHA COMPLETE	P	PA
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	PA	ZALVIT TABS	P	PA
POLY-VI-SOL SOLN PO	P	PA	ZIPHEX TABS	P	PA
			MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
			Medicamentos de uso nasal - varios		
			NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
			MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiinfecciosos oftálmicos			AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate)		
trifluridine	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML		
PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas			AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)		
Aminopenicilinas			Penicilinas resistentes a la penicilinasa		
amoxicillin CAPS	P		dicloxacillin sodium	P	
amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG	P		nafcillin sodium IV 10 GM	P	PA
amoxicillin SUSR	P		SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
AMOXICILLIN SUSR (Use amoxicillin)	NP		Sulfonamidas		
amoxicillin TABS 875 MG	P		sulfadiazine TABS	P	
ampicillin CAPS 500 MG	P		TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Penicilinas naturales			Tetraciclinas		
penicillin v potassium SOLR	P		doxycycline hyclate CAPS	P	
penicillin v potassium TABS	P		doxycycline hyclate TABS 100 MG	P	
Combinaciones de penicilinas			doxycycline hyclate TBEC	P	PA
amoxicillin & pot clavulanate CHEW	P	QL(20 por surtido al por menor)	minocycline hcl CAPS	P	
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)	MINOLIRA TB24	P	PA
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML	P	QL(200 ML por surtido al por menor)	tetracycline hcl CAPS	P	
amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML	P	QL(100 ML por surtido al por menor)	VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate)	NP	
amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG	P	QL(20 por surtido al por menor)	TOXOIDES		
amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG	P	QL(30 por surtido al por menor)	Combinaciones de toxoides		
ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM	P	PA	ADACEL SUSP	P	
			BOOSTRIX SUSP	P	
			BOOSTRIX SUSY	P	
			DAPTACEL	P	
			INFANRIX	P	
			KINRIX SUSY	P	
			PEDIARIX SUSY	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENTACEL	P		AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
QUADRACEL SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
QUADRACEL SUSY	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA SUSP	P	
TENIVAC INJ	P		AREXVY	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		DENGVAXIA	P	
VAXELIS SUSP	P		ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
VAXELIS SUSY	P		ENERGIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
VACUNAS			FLUAD	P	
Vacunas bacterianas			FLUAD QUADRIVALENT	P	
ACTHIB SOLR IM	P		FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P	
BCG VACCINE	P		FLUARIX SUSY	P	
BEXSERO 0.5 ML	P		FLUBLOK QUADRIVALENT	P	
BIOTHRAX	P		FLUBLOK SOSY	P	
HIBERIX SOLR IJ	P		FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P	
MENACTRA	P		FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P	
MENQUADFI 0.5 ML	P		FLUCELVAX SUSP	P	
MENVEO SOLN	P		FLUCELVAX SUSY	P	
MENVEO SOLR	P		FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P	
PEDVAX HIB SUSP	P		FLULAVAL SUSY	P	
PENBRAYA	P		FLUMIST	P	
PNEUMOVAX 23 SOLN	P		FLUMIST QUADRIVALENT	P	
PNEUMOVAX 23 SOSY	P		FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	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					
ABRYSVO	P				
ACAM2000	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		ROTATEQ SOLN	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		STAMARIL SUSR	P	
FLUZONE SUSP	P		TICOVAC	P	
FLUZONE SUSY	P		TWINRIX SUSY	P	
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	VAQTA	P	
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	VARIVAX SUSR	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
HAVRIX 1440 EL U/ML	P		YF-VAX INJ	P	
HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML	P		PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	Productos vaginales varios		
IMOVAX RABIES SUSR	P		TRIMO-SAN	P	PA
IPOL	P		Espermicidas		
IXIARO	P		ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
JYNNEOS	P		OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 GM por surtido al por menor)
M-M-R II SOLR	P		SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE GEL	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
PRIORIX SUSR	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
PROQUAD SUSR	P		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P	
RABAVERT	P		Antiinfecciosos vaginales		
RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal)	NP	
RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	clindamycin phosphate vaginal CREA	P	
ROTARIX SUSP	P		clotrimazole vaginal CREA 1 %	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
ROTARIX SUSR	P				

Georgia Medicaid Family Planning

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>clotrimazole vaginal</i> CREA 2 %	P	QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNAZOLE-1	P	
GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (Use <i>clotrimazole vaginal</i>)	NP	QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
GYNE-LOTRIMIN CREA (Use <i>clotrimazole vaginal</i>)	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 GM por surtido al por menor)
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2 %	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> SUPP 100 MG	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate vaginal</i> SUPP 200 MG	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 3 CREA	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>terconazole vaginal</i> CREA	P	
<i>terconazole vaginal</i> SUPP	P	
<i>tioconazole vaginal</i> 6.5 %	P	
VANDAZOLE	P	QL(70 GM por surtido al por menor)
Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
Estrógenos vaginales		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA

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

ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____	5	CVS PRENATAL GUMMY _____	7	drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG _____	3
ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	5	CYANOCOBALAMIN SOLN IJ _____	5	drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG _____	3
CITRANATAL MEDLEY _____	7	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS . 6		E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML .	5	DAPTACEL _____	8	ELIMITE CREA (Use permethrin) __	4
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML .	5	DAPTOMYCIN (Use daptomycin) _	1	ENCARE SUPP 100 MG _____	10
clarithromycin TABS _____	5	daptomycin _____	1	ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML _____	7
clarithromycin TB24 _____	6	DAPTOMYCIN _____	1	ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML ____	9
CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____	2	DENG VAXIA _____	9	ENERGIX-B SUSY _____	9
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	2	DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	3	EPICYN SOLN _____	4
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	10	DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	3	ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG __	2	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____	3	ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
clindamycin palmitate hydrochloride . 2		DERMACINRX PRETRATE TABS .	7	erythromycin base CPEP _____	6
clindamycin phosphate vaginal CREA	10	desogestrel & ethinyl estradiol ____	3	erythromycin base TABS _____	6
clobetasol propionate CREA	4	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	3	erythromycin base TBEC _____	6
clotrimazole vaginal CREA 1 % ____	10	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) _____	3	erythromycin ethylsuccinate SUSR ..	6
clotrimazole vaginal CREA 2 %	11	DESTRESS-IRON TABS _____	6	erythromycin ethylsuccinate TABS _	6
colistimethate sodium	2	dicloxacillin sodium _____	8	erythromycin stearate TABS 250 MG 6	
COLY-MYCIN M (Use colistimethate sodium) _____	2	DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) . 1		ESTROFACTORS TABS _____	6
COMPLETE NATAL DHA _____	7	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	1	ethynodiol diacet & eth estrad ____	3
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (Use hydrocortisone (topical)) _____	4	DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____	1	etonogestrel-ethinyl estradiol ____	3
CORTIZONE-10/ALOE LIQD (Use hydrocortisone (topical)) _____	4	doxycycline hyclate CAPS _____	8	FC2 FEMALE CONDOM _____	6
crotamiton LOTN _____	4	doxycycline hyclate TABS 100 MG .	8	FEMCAP DEVI _____	6
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT _	6	doxycycline hyclate TBEC _____	8	FLUAD _____	9
				FLUAD QUADRIVALENT _____	9
				FLUARIX QUADRIVALENT SUSY .	9

FLUARIX SUSY _____	9	FOLVITE-D TABS _____	5	HYPOCYN SOLN _____	4
FLUBLOK QUADRIVALENT _____	9	GANCICLOVIR SODIUM SOLN _____	2	ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT _____	6
FLUBLOK SOSY _____	9	GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML _____	10	imiquimod 5 % _____	4
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____	9	GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML _____	10	IMOVAX RABIES SUSR _____	10
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____	9	GENICIN VITA-D TABS (Use folic acid-cholecalciferol) _____	5	IMPOYZ CREA 0.025 % (Use clobetasol propionate) _____	4
FLUCELVAX SUSP _____	9	GENICIN VITA-Q TABS _____	6	IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST _____	11
FLUCELVAX SUSY _____	9	griseofulvin microsize SUSP _____	1	INFANRIX _____	8
fluconazole SUSR _____	1	griseofulvin microsize TABS _____	1	inositol niacinate CAPS _____	2
fluconazole TABS 100 MG, 200 MG 1		griseofulvin ultramicrosize _____	1	IPOLE _____	10
fluconazole TABS 150 MG _____	1	GYNAZOLE-1 _____	11	IRO-PLEX _____	5
fluconazole TABS 50 MG _____	1	GYNE-LOTRIMIN 3 CREA (Use clotrimazole vaginal) _____	11	itraconazole CAPS _____	1
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY 9		GYNE-LOTRIMIN CREA (Use clotrimazole vaginal) _____	11	IXIARO _____	10
FLULAVAL SUSY _____	9	halobetasol propionate FOAM _____	4	JYNNEOS _____	10
FLUMIST _____	9	HAVRIX 1440 EL U/ML _____	10	ketoconazole _____	1
FLUMIST QUADRIVALENT _____	9	HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML _____	10	KINRIX SUSY _____	8
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT _____	9	HEMATHEX LIQD _____	5	levofloxacin TABS _____	5
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY _____	10	HEMATRON-AF _____	5	levonorgestrel & eth estradiol TABS	3
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP 10		HEMAX EZY-DOSE _____	5	levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	3
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY 10		HEPLISAV-B SOSY _____	10	levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____	3
FLUZONE SUSP _____	10	HIBERIX SOLR IJ _____	9	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) 0.03 MG-0.15 MG _____	3
FLUZONE SUSY _____	10	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	6	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron	3
FOLCYTEINE TABS _____	6	HYCLODEX SOLN _____	4	LEXETTE FOAM (Use halobetasol propionate) _____	4
folic acid TABS 1 MG _____	5	hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	1	LICEMD GEL _____	4
FOLI-D TABS _____	5	hydrocortisone (topical) LIQD _____	4	lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 % _____	4
FOLIVANE-OB _____	7	hydrocortisone acetate vaginal _____	11	MALE CONDOMS-MISC _____	6

MAXFE _____	5	multiple vitamin TABS _____	6	NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol) _____	3
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	3	multiple vitamins w/ iron TABS _____	6	nystatin TABS _____	1
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	3	MULTIVITAMIN ADULT TABS _____	6	ofloxacin 300 MG, 400 MG _____	5
MENACTRA _____	9	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN _____	7	OMNICAP TABS _____	6
MENQUADFI 0.5 ML _____	9	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	7	OMNIFLEX DIAPHRAGM _____	6
MENVEO SOLN _____	9	MULTIVITAMIN TABS _____	6	ONE DAILY ESSENTIAL TABS _____	7
MENVEO SOLR _____	9	nafcillin sodium IV 10 GM _____	8	ONE DAILY ESSENTIALS TABS _____	7
METHYLCOBALAMIN SOLR _____	5	NEOMATERNA TABS 1 MG _____	7	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	7
methylcobalamin SUBL _____	5	NEOMULTIVITE TABS _____	6	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	7
methylcobalamin TBDP _____	5	neomycin sulfate TABS _____	1	ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	7
metronidazole TABS 250 MG, 500 MG _____	1	NEO-VITAL RX TABS _____	7	OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL _____	10
metronidazole vaginal _____	11	NEURAGEN PN OINT _____	6	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	7
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG _____	11	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	4	PEDIARIX SUSY _____	8
miconazole nitrate vaginal CREA 2 % _____	11	norelgestromin-ethinyl estradiol _____	3	PEDVAX HIB SUSP _____	9
miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____	11	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	3	PENBRAYA _____	9
miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____	11	norethindrone & eth estradiol _____	3	penicillin v potassium SOLR _____	8
MINCORA TABS _____	6	norethindrone (contraceptive) _____	4	penicillin v potassium TABS _____	8
minocycline hcl CAPS _____	8	norethindrone acet & eth estra TABS 3 _____		PENTACEL _____	9
MINOLIRA TB24 _____	8	norethindrone-eth estradiol (triphasic) _____	3	permethrin CREA _____	4
MIRCETTE (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)) _____	3	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	3	permethrin LIQD EX _____	4
M-M-R II SOLR _____	10	norgestimate-ethinyl estradiol _____	3	PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) _____	3
MONISTAT 3 CREA _____	11	norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	3	PNEUMOVAX 23 SOLN _____	9
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	11	NOVAFERRUM LIQD _____	5	PNEUMOVAX 23 SOSY _____	9
MULTI VITAMIN TABS _____	6	NOZIN NASAL SANITIZER KIT _____	7	POLY-VI-SOL SOLN PO _____	7
MULTI VITAMIN W/D-3 TABS _____	6			POLY-VITA SOLN PO _____	7

POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO .7	RABAVERT _____	10	terconazole vaginal CREA _____	11	
POLY-VITE/IRON SOLN _____	7	RADIAURA CREA _____	4	terconazole vaginal SUPP _____	11
PREHEVBRIO _____	10	RECOMBIVAX HB SUSP _____	10	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS	
PRENATAL GUMMIES _____	7	RECOMBIVAX HB SUSY _____	10	TD SUSP _____	9
PRENATAL MULTI +DHA CAPS ____	7	RELCARE TABS _____	7	tetracycline hcl CAPS _____	8
PRENATAL VITAMINS-MISC _____	7	ROTARIX SUSP _____	10	THERA TABS _____	7
PRENATAL/FOLIC ACID+DHA		ROTARIX SUSR _____	10	THEREMS TABS _____	7
CAPS _____	7	ROTATEQ SOLN _____	10	TICOVAC _____	10
PRENATVITE COMPLETE TABS _	7	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4	tinidazole 500 MG _____	1
PRENATVITE PLUS TABS _____	7	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM .	4	tioconazole vaginal 6.5 % _____	11
PREPARATION H EX 1 % _____	1	SEASONIQUE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____	3	TM-DAILY VITE TABS _____	7
PREPARATION H SOOTHING		SHINGRIX _____	10	TOLSURA CAPS _____	1
RELIEF EX 1 % _____	1	SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE		TRAUMEEL OINT _____	6
PREVNAR 13 _____	9	GEL _____	10	trifluridine _____	8
PREVNAR 20 _____	9	SPORANOX CAPS (Use		trimethoprim TABS _____	1
PREVYMIS SOLN _____	2	itraconazole) _____	1	TRIMO-SAN _____	10
PREVYMIS TABS _____	2	STAMARIL SUSR _____	10	TRUE MULTIVITAMIN TABS ____	7
PRID OINT _____	6	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH		TRUMENBA 0.5 ML _____	9
PRIORIX SUSR _____	10	LIQD 4 %-0.33 % _____	4	TWINRIX SUSY _____	10
probenecid _____	5	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY		TYBLUME CHEW _____	3
PROQUAD SUSR _____	10	TABS _____	7	TYPHIM VI SOLN _____	9
pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3		sulfadiazine TABS _____	8	TYPHIM VI SOSY _____	9
%-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____	4	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP		valacyclovir hcl 1 GM _____	2
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM		1		valacyclovir hcl 500 MG _____	2
4 %-0.33 % _____	4	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS		VALTREX 1 GM (Use valacyclovir	
pyrethrins-piperonyl butoxide-		1		hcl) _____	2
permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-		TAB-A-VITE/IRON/BETA		VALTREX 500 MG (Use valacyclovir	
0.5 %	4	CAROTENE TABS _____	6	hcl) _____	2
QBREXZA _____	4	TARON-C DHA _____	7	VANDAZOLE _____	11
QUADRACEL SUSP _____	9	TDVAX SUSP _____	9	VAQTA _____	10
QUADRACEL SUSY _____	9	TENIVAC INJ _____	9	VARIVAX SUSR _____	10
QUINTABS TABS _____	7	terbinafine hcl TABS _____	1		

VAXCHORA _____	9	azithromycin) _____	5
VAXELIS SUSP _____	9	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	5
VAXELIS SUSY _____	9	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	4
VAXNEUVANCE _____	9	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	4
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM _____	10		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM _____	10		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL _____	10		
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____	8		
VIVOTIF _____	9		
WESNATAL DHA COMPLETE ____	7		
YASMIN 28 (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	3		
YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	3		
YF-VAX INJ _____	10		
ZALVIT TABS _____	7		
ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT _____	6		
ZEMDRI _____	1		
ZIPHEX TABS _____	7		
ZITHROMAX PACK _____	5		
ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	5		
ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	5		
ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	5		
ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	5		
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use			