

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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

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

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

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

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

La Lista de medicamentos preferidos para Atención entre embarazos de Peach State Health Plan (IPC-PDL) es la lista de medicamentos cubiertos. La IPC-PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) 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 para Atención entre embarazos no paga por todos los medicamentos. Sólo estos tipos de medicamentos están cubiertos:

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

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

Puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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 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).

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.

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

Límites de dispensación

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

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



Plan en www.pshp.com.

Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la IPC-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en el Formulario de Autorización previa de medicamentos. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. El formulario completo y las notas médicas para mostrar su historial deben enviarse por fax a Servicios de farmacia al [1-833-582-2342](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 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 IPC-PDL pueden requerir primero el uso de otro medicamento. Esto se llama terapia escalonada. Si ya adquirió el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la IPC-PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

Límites de cantidad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T. 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 IPC-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Atención entre embarazos (Inter-Pregnancy Care). Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

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

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

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan.

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

Medicamentos de venta libre

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

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

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

Medicamentos genéricos

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

Surtir una receta

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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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

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

Copagos

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

Información de 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](tel:1-800-704-1484). Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al [1-800-255-0056](tel: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>	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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)

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
<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

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

Atención entre embarazos (IPC) - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS - Medicamentos para tratar el TDAH, los trastornos del sueño y la alimentación		
Anfetaminas		
ADDERALL XR CP24 (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ADDERALL TABS (Use <i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> CP24 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
Analépticos		
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)
Anorexígenos no anfetamínicos		
PLENITY	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PLENITY WELCOME KIT	NP	
Medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)		
<i>atomoxetine hcl</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
<i>clonidine hcl (adhd)</i> TB12	P	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
INTUNIV (Use <i>guanfacine hcl (adhd)</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
KAPVAY TB12 (Use <i>clonidine hcl (adhd)</i>)	NP	
STRATTERA (Use <i>atomoxetine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años); ST
Estimulantes - Otros		
CONCERTA TBCR 36 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
FOCALIN TABS (Use <i>dexmethylphenidate hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
METADATE CD CPR (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> 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
<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)
<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>methylphenidate hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl TB24 36 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
RITALIN TABS 5 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS VARIOS		
Extractos alérgicos		
ROUGH PIGWEED	NP	
SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	NP	
SORREL/DOCK MIX IJ	NP	
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos alternativos - G's		
<i>ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG</i>	P	OTC; QL(4 cada día)
Medicamentos alternativos - M's		
MELATONIN SUBL	P	QL(1 cada día)
<i>melatonin TABS 3 MG, 5 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>melatonin TBDP 3 MG</i>	P	QL(1 cada día)
AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
ARIKAYCE	P	SP; PA
BETHKIS NEBU (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) NEBU 300 MG/5ML (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
<i>neomycin sulfate TABS</i>	P	
TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
TOBI NEBU (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
<i>tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML</i>	P	PA
<i>tobramycin sulfate SOLR</i>	P	PA
<i>tobramycin NEBU</i>	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
RINVOQ TB24 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XELJANZ XR TB24	P	SP; PA
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA
Antimetabolitos antirreumáticos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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	NP	SP
REDITREX SOSY	P	SP; PA	ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
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	NP	SP	HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB(M (2 PEN) AJKT	P	SP; PA	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(M(CD/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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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 100 MG/5ML, 200 MG/10ML</i>	P	RX/OTC
Antagonista del receptor de la interleucina 1 (IL-1Ra)			<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC
KINERET SOSY	P	SP; PA	<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
ILARIS SOLN	P	SP; PA	INDOCIN SUSP (Use <i>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 (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
ADVIL TABS (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC	<i>ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML</i>	P	
ALEVE ALL DAY STRONG TABS 220 MG (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
ALEVE TABS (Use <i>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 (Use <i>naproxen sodium</i>)	NP		LODINE TABS (Use <i>etodolac</i>)	NP	
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	<i>meloxicam TABS</i>	P	
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>	P		MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>diclofenac sodium TBEC</i>	P		<i>nabumetone</i>	P	
<i>etodolac CAPS</i>	P		NALFON CAPS (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP	
<i>etodolac TABS</i>	P				
FELDENE CAPS (Use <i>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/ Límites
NAPROSYN SUSP (Use naproxen)	NP	
NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen)	NP	
naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG	P	
naproxen sodium TABS 220 MG	P	OTC; QL(2 cada día)
naproxen SUSP	P	
naproxen TABS	P	
NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine)	NP	
piroxicam CAPS	P	
sulindac TABS	P	
Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
OTEZLA TABS	P	SP; PA
OTEZLA TBPK	P	SP; PA
Inhibidores de la síntesis de pirimidina		
ARAVA (Use leflunomide)	NP	QL(1 cada día)
leflunomide	P	QL(1 cada día)
Moduladores selectivos de la coestimulación		
ORENCIA CLICKJECT SOAJ	P	SP; PA
ORENCIA SOLR	P	SP; PA
ORENCIA SOSY	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - No narcóticos - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares		
Combinaciones de analgésicos		
butalbital-acetaminophen-caffeine CAPS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
butalbital-acetaminophen-caffeine TABS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
butalbital-acetaminophen TABS 50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
butalbital-aspirin-caffeine CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ESGIC TABS (Use butalbital-acetaminophen-caffeine)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
Otros analgésicos		
acetaminophen CHEW	P	OTC
acetaminophen ELIX	P	OTC
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML	P	OTC
acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG	P	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen)	NP	OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TYLENOL TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC	DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 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 2 MG, 4 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>	P	OTC	<i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 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 (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide))	NP	OTC	<i>morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ML al día)
<i>diflunisal TABS</i>	P		<i>morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(240 ML por surtido al por menor)
DOLOBID TABS	P		<i>morphine sulfate SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC (Use aspirin)	NP	OTC	<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ECOTRIN TBEC (Use aspirin)	NP	OTC	<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	QL(3 cada día)
<i>salsalate</i>	P		MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate)	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 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>oxycodone hcl CAPS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(90 ML por surtido al por menor)	<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 325 MG/15ML-10 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides
<i>oxycodone hcl SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)	<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(180 ML al día)
<i>oxycodone hcl 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: Opioides; QL(6 cada día)
<i>oxycodone hcl TABS 30 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	<i>oxycodone w/acetaminophen SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: 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: Opioides; QL(6 cada día)
OXYCONTIN T12A	P	QL(2 cada día); PA	PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use <i>oxycodone w/acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
ROXICODONE TABS 15 MG (Use <i>oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<i>tramadol-acetaminophen</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
ROXICODONE TABS 30 MG (Use <i>oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)	Agonistas parcialmente opioides		
<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)	BELBUCA FILM	P	PA
Combinaciones de opioides			BUPRENEX SOLN (Use <i>buprenorphine hcl</i>)	NP	PA
<i>acetaminophen w/codeine SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día); AL(AI menos 12 años)	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>acetaminophen w/codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i>	P	Edición clínica: 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: 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 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG	P	QL(3 cada día)	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	P	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i> SUBL	P	QL(3 cada día)	Combinaciones rectales		
<i>buprenorphine hcl</i> SOLN	P	PA	ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL	P	PA	<i>phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter</i>	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
SUBLOCADE SOSY	P	2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA	<i>phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum</i>	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate</i>)	NP	QL(2 cada día); 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	
ZUBSOLV SUBL	P	PA	<i>hydrocortisone (rectal)</i> EX 2.5 %	P	
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas			<i>hydrocortisone (rectal)</i> EX 1 %	NP	RX/OTC
Andrógenos			PREPARATION H EX 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
AVEED SOLN	P	SP; PA	PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>methyltestosterone</i> TABS	P		ANTIÁCIDOS		
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA	Combinaciones de antiácidos		
<i>testosterone cypionate</i> SOLN IM 100 MG/ML	P	QL(0.2858 ML al día)	<i>alum & mag hydrox-simethicone LIQD</i>	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 & 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</i>	P	QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>testosterone enanthate</i> SOLN IM	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)	Antiácidos - sales de aluminio		
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón			ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP	P	OTC
Esteroides intrarrectales			Antiácidos: bicarbonato		
CORTENEMA (Use <i>hydrocortisone (intrarectal)</i>)	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
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
Antácidos: sales de calcio		
<i>calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG</i>	P	OTC
TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NF	
TUMS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC
Antácidos: sales de magnesio		
<i>magnesium oxide TABS 400 MG</i>	P	OTC
ANTELMÍNTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias		
Antihelmínticos		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA
EMVERM CHEW	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)
PIN RID CHEW	P	QL(3 por surtido al por menor)
<i>pyrantel pamoate SUSP</i>	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
Nitratos		
ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use <i>isosorbide dinitrate</i>)	NP	
<i>isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG</i>	P	
<i>isosorbide mononitrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ISOSORBIDE MONONITRATE TABS	P	QL(2 cada día)
<i>isosorbide mononitrate TB24</i>	P	QL(1 cada día)
NITRO-BID OINT	P	
NITRO-DUR PT24 (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
<i>nitroglycerin CPCPR</i>	P	
<i>nitroglycerin PT24</i>	P	
<i>nitroglycerin SUBL</i>	P	
NITROSTAT SUBL (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad		
Medicamentos ansiolíticos - Varios		
<i>bupirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>bupirone hcl 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>bupirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS</i>	P	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>	P	
<i>meprobamate</i>	P	
VISTARIL CAPS (Use <i>hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
ATIVAN TABS (Use <i>lorazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>chlordiazepoxide hcl CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam SOLN PO 5 MG/5ML</i>	P	AL (6 meses a 12 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>diazepam TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>lorazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam CAPS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS (<i>Use diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS (<i>Use alprazolam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)

ANTIARRÍTMICOS - Medicamentos para tratar los ritmos cardíacos anormales

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	

MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares

Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CINQAIR	P	SP; PA
TEZSPIRE SOSY	P	SP; PA
XOLAIR SOAJ	P	SP; PA
XOLAIR SOLR	P	SP; PA
XOLAIR SOSY	P	SP; PA

Medicamentos antiinflamatorios

<i>cromolyn sodium NEBU</i>	P	QL(8 ML al día)
-----------------------------	---	-----------------

Broncodilatadores - anticolinérgicos

ATROVENT HFA	P	QL(25.8 GM por surtido al por menor)
INCRUSE ELLIPTA	P	QL(1 cada día)
<i>ipratropium bromide SOLN 0.02 %</i>	P	QL(375 ML cada 20 días de venta al por menor)
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)
-----------------	---	----------------

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 GM 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>budesonide (inhalation) SUSP</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año - hasta 8 años)	<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 DISKUS AEPB (Use <i>fluticasone propionate (inhalation)</i>)	NP		<i>albuterol sulfate NEBU</i>	P	
FLOVENT HFA (Use <i>fluticasone propionate hfa</i>)	NP		ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
<i>fluticasone propionate (inhalation) AEPB</i>	P		<i>albuterol sulfate SYRP</i>	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 TABS</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>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(10.2 GM por surtido al por menor)
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 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(11 GM por surtido al por menor)
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM al día)	<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 GM al día)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM al día)	COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(0.14 GM al día)
Simpaticomiméticos			<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)
ADVAIR DISKUS AEPB (Use <i>fluticasone-salmeterol</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ML al día)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	NP		<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 GM al día)
<i>albuterol sulfate AERS</i>	P	QL(18 GM por surtido al por menor; 36 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 (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	
<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)	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)
Xantinas		
THEO-24 CP24	P	
theophylline ELIX	P	
theophylline SOLN	P	QL(475 ML por surtido al por menor)
theophylline TB12	P	
theophylline TB24	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
warfarin sodium TABS	P	
Inhibidores directos del factor Xa		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPK	P	QL(2.47 cada día)
ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
Heparinas y agentes similares a los heparinoides		
ARIXTRA (Use 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, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML	NP	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium)	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium)	NP	SP; PA
Inhibidores de la trombina		
dabigatran etexilate mesylate CAPS	P	
PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate)	NP	
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones		
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas		
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 10 MG	NP	
diazepam (anticonvulsant) GEL	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
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
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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 (Use levetiracetam)	NP	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine)	NP	Use lamotrigine IR; ST
Anticonvulsivantes - Varios			LAMICTAL CHEW (Use lamotrigine)	NP	
BANZEL SUSP (Use rufinamide)	NP	SP; PA	LAMICTAL TABS (Use lamotrigine)	NP	
BANZEL TABS (Use rufinamide)	NP	SP; PA	lamotrigine CHEW	P	
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA	lamotrigine TABS	P	
carbamazepine CHEW 100 MG	P		lamotrigine TB24	P	Use lamotrigine IR; ST
carbamazepine SUSP	P		levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML	P	QL(16 ML al día)
carbamazepine TABS	P		levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG	P	QL(4 cada día)
carbamazepine TB12	P		levetiracetam TABS 1000 MG	P	
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	levetiracetam TABS 500 MG	P	QL(6 cada día)
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	levetiracetam TB24	P	Use levetiracetam IR; ST
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA	MYSOLINE (Use primidone)	NP	
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA	NEURONTIN CAPS (Use gabapentin)	NP	QL(9 cada día)
EPIDIOLEX	P	SP; PA	NEURONTIN SOLN (Use gabapentin)	NP	
FINTEPLA	P	SP; PA	NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin)	NP	QL(6 cada día)
gabapentin CAPS	P	QL(9 cada día)	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin)	NP	QL(4 cada día)
gabapentin SOLN	P		oxcarbazepine SUSP	P	
gabapentin TABS 600 MG	P	QL(6 cada día)	oxcarbazepine TABS	P	
gabapentin TABS 800 MG	P	QL(4 cada día)	primidone	P	
KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam)	NP	Use levetiracetam IR; ST	rufinamide SUSP	P	SP; PA
KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use levetiracetam)	NP	QL(16 ML al día)	rufinamide TABS	P	SP; PA
KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(6 cada día)	TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine)	NP	
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam)	NP	QL(4 cada día)	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine)	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
TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine)	NP		SABRIL TABS (Use vigabatrin)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate)	NP	QL(8 cada día)	tiagabine hcl	P	
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)	vigabatrin PACK	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate)	NP	QL(4 cada día)	vigabatrin TABS	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate)	NP	QL(6 cada día)	Hidantoínas		
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate)	NP	QL(3 cada día)	DILANTIN	P	
topiramate CPSP 25 MG	P	QL(8 cada día)	DILANTIN (Use phenytoin sodium extended)	P	
topiramate CPSP 15 MG	P	QL(6 cada día)	DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin)	P	
topiramate TABS 200 MG	P	QL(3 cada día)	DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	P	
topiramate TABS 100 MG	P	QL(4 cada día)	DILANTIN SUSP (Use phenytoin)	P	
topiramate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(6 cada día)	phenytoin sodium extended 100 MG	P	
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine)	NP		phenytoin sodium SOLN	P	
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine)	NP		phenytoin CHEW	P	
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide)	NP		phenytoin SUSP	P	
zonisamide CAPS	P		Succinimidas		
Carbamatos			ethosuximide CAPS	P	
felbamate SUSP	P		ethosuximide SOLN	P	
felbamate TABS	P		ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP	
FELBATOL SUSP (Use felbamate)	NP		ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP	
FELBATOL TABS (Use felbamate)	NP		Ácido valproico		
Moduladores GABA			DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)
GABITRIL (Use tiagabine hcl)	NP		DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)
SABRIL PACK (Use vigabatrin)	NP	SP; PA	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 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
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 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 125 MG	P	QL(2 cada día)	bupropion hcl TB12 150 MG	P	QL(3 cada día)
divalproex sodium TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)	bupropion hcl TB12 200 MG	P	QL(2 cada día)
divalproex sodium TBEC 500 MG	P	QL(7 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 150 MG (Use bupropion hcl)	NP	QL(3 cada día)
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión			WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl)	NP	QL(4 cada día)
Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)			WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl)	NP	QL(2 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 30 MG	P	QL(1.5 cada día)	WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl)	NP	QL(3 cada día)
mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)	Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo		
mirtazapine TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)	ZULRESSO	P	SP; PA
mirtazapine TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)	Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)		
mirtazapine TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)	NARDIL (Use phenelzine sulfate)	NP	
REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1 cada día)	PARNATE (Use tranylcypromine sulfate)	NP	
REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 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
<i>phenelzine sulfate</i>	P	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	P	
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
SPRAVATO (56 MG DOSE)	P	SP; PA
SPRAVATO (84 MG DOSE)	P	SP; PA
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)		
CELEXA TABS 40 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 cada día)
CELEXA TABS 10 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)
CELEXA TABS 20 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>citalopram hydrobromide SOLN</i>	P	
<i>citalopram hydrobromide TABS 20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>citalopram hydrobromide TABS 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>citalopram hydrobromide TABS 10 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>escitalopram oxalate TABS 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>escitalopram oxalate TABS 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>escitalopram oxalate TABS 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>fluoxetine hcl CAPS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>fluoxetine hcl SOLN</i>	P	QL(600 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años)
<i>fluoxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>fluoxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
LEXAPRO TABS 10 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
LEXAPRO TABS 5 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
LEXAPRO TABS 20 MG (Use <i>escitalopram oxalate</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
<i>paroxetine hcl SUSP</i>	P	QL(40 ML al día); PA
<i>paroxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>paroxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>paroxetine hcl TB24</i>	P	
PAXIL CR TB24 (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	
PAXIL SUSP (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(40 ML al día); PA
PAXIL TABS 20 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)
PAXIL TABS 10 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(6 cada día)
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use <i>paroxetine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use <i>fluoxetine hcl</i>)	NP	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
sertraline hcl CONC	P	QL(6 ML al día)	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
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)	venlafaxine hcl CP24 150 MG	P	QL(2 cada día)
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ML al día)	venlafaxine hcl CP24 37.5 MG	P	QL(4 cada día)
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(4 cada día)	venlafaxine hcl CP24 75 MG	P	QL(5 cada día)
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)	venlafaxine hcl TABS	P	
Moduladores de la serotonina			venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG	P	QL(1 cada día)
nefazodone hcl	P		venlafaxine hcl TB24 150 MG	P	QL(2 cada día)
trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG	P		Medicamentos tricíclicos		
trazodone hcl TABS 300 MG	P	QL(2 cada día)	amitriptyline hcl TABS	P	
TRINTELLIX	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA	amoxapine	P	
VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl)	NP	QL(1 cada día); PA	ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl)	NP	
vilazodone hcl TABS	P	QL(1 cada día); PA	clomipramine hcl 75 MG	P	
Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)			desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG	P	
CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)	desipramine hcl TABS 25 MG	P	QL(2 cada día)
desvenlafaxine succinate 100 MG	P	QL(4 cada día); ST	doxepin hcl CAPS	P	
desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG	P	QL(1 cada día); ST	doxepin hcl CONC	P	
duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)	imipramine hcl TABS	P	
EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)	NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl)	NP	
EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)	NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl)	NP	QL(2 cada día)
			nortriptyline hcl CAPS	P	
			nortriptyline hcl SOLN	P	QL(20 ML al día)
			PAMELOR CAPS (Use nortriptyline 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
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre			ZITUVIMET TABS	NP	
Combinaciones de antidiabéticos			Biguanidas		
ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl)	NP	QL(2 cada día)	GLUMETZA TB24 (Use metformin hcl)	NF	
alogliptin-metformin hcl	P	QL(2 cada día)	metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG	P	
alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG	P		metformin hcl TABS 500 MG	P	QL(4 cada día)
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG	P	QL(1 cada día)	metformin hcl TB24 500 MG	P	QL(4 cada día)
dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG	P	QL(2 cada día)	metformin hcl TB24 750 MG	P	QL(3 cada día)
glipizide-metformin hcl	P		Otros antidiabéticos		
glyburide-metformin	P		BD GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl)	NP		CVS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl)	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 (Use alogliptin-pioglitazone)	NP		CVS SOFT GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
pioglitazone hcl-metformin hcl TABS	P	QL(2 cada día)	DEX4	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
saxagliptin-metformin hcl	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(1 cada día)	glucagon (rdna)	P	QL(1 por surtido al por menor)
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24	P	QL(2 cada día)	GLUCAGON EMERGENCY (Use glucagon (rdna))	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)
SOLIQUA	P	QL(0.6 ML al día); PA	GLUCOSE 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl)	NP		GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
ZITUVIMET XR TB24	NP		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)

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
KROGER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML</i>	P	QL(0.08 ML al día); AL(AI menos 18 años)
MEIJER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>liraglutide</i>	P	QL(0.3 ML al día); AL(AI menos 10 años)
PX GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	TRULICITY	P	QL(2 ML cada 28 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años); PA
RA GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	VICTOZA (Use <i>liraglutide</i>)	NP	QL(0.3 ML al día); AL(AI menos 10 años)
RELION GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Insulina		
TGT GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP	
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	ADMELOG SOLN IJ	NP	
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP	
WALGREENS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	HUMALOG SOLN IJ	NP	
WALGREENS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)			HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>alogliptin benzoate</i>	P		HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i>)	NP		HUMULIN N SUSP	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 cada día)	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN	P	QL(1 ML al día)
SITAGLIPTIN	P	QL(1 cada día)	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	P	QL(1 ML al día)
ZITUVIO	NP		INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN	P	QL(1.34 ML al día)
Medicamentos miméticos de incretina			INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P	
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)	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN	P	QL(1 ML al día)
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)			
<i>exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML</i>	P	QL(0.04 ML al 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/ Límites
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 <i>pioglitazone hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>pioglitazone hcl</i>	P	QL(1 cada día)
Análogos de la meglitinida		
<i>nateglinide</i>	P	QL(3 cada día)
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		
<i>dapagliflozin propanediol</i>	P	QL(1 cada día)
FARXIGA (Use <i>dapagliflozin propanediol</i>)	NP	
Sulfonilureas		
AMARYL 4 MG (Use <i>glimepiride</i>)	NP	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AMARYL 1 MG, 2 MG (Use <i>glimepiride</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>glimepiride</i> 4 MG	P	QL(2 cada día)
<i>glimepiride</i> 1 MG, 2 MG	P	QL(4 cada día)
<i>glipizide</i> TABS	P	
<i>glipizide</i> TB24	P	
GLUCOTROL XL TB24 (Use <i>glipizide</i>)	NP	
<i>glyburide micronized</i> 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
<i>glyburide</i> TABS	P	
GLYNASE (Use <i>glyburide micronized</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262 MG	P	OTC
<i>bismuth subsalicylate</i> SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL CHEW (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
Medicamentos antiperistálticos		
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> LIQD	P	
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> TABS	P	
IMODIUM A-D CAPS (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 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
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)
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML	P	QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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	
griseofulvin microsize TABS	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
<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 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	
<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 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>SPORANOX CAPS (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día); PA
ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
<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/ 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 60 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl CHEW</i>	P	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl SOLN 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML</i>	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>promethazine hcl SUPP</i>	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (Use loratadine)	NF		<i>promethazine hcl TABS</i>	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	Antihistamínicos - piperidinas		
CLARITIN SOLN (Use loratadine)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>ciproheptadine hcl SYRP</i>	P	
CLARITIN TABS (Use loratadine)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>ciproheptadine hcl TABS</i>	P	
<i>fexofenadine hcl TABS 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
<i>fexofenadine hcl TABS 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)	Inhibidores de la proteína similar a la angiopoyetina		
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS</i>	P	RX/OTC	EVKEEZA	P	SP; PA
<i>loratadine SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	Antihiperlipidémicos - combinaciones		
<i>loratadine TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	P	QL(1 cada día); ST
<i>loratadine TBDP 10 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	VYTORIN (Use <i>ezetimibe-simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día); ST
XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use <i>levocetirizine dihydrochloride</i>)	NP	RX/OTC	Secuestrantes de ácidos biliares		
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use <i>cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>cholestyramine light PACK</i>	P	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use <i>cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>cholestyramine light POWD</i>	P	
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (Use <i>cetirizine hcl</i>)	NP	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC	<i>cholestyramine PACK</i>	P	
ZYRTEC CHEW 10 MG (Use <i>cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>cholestyramine POWD</i>	P	
Antihistamínicos - fenotiazinas			COLESTID FLAVORED GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
			COLESTID GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
			COLESTID TABS (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP	
			<i>colestipol hcl GRAN</i>	P	
			<i>colestipol hcl TABS</i>	P	
			QUESTRAN LIGHT POWD (Use <i>cholestyramine light</i>)	NP	
			QUESTRAN PACK (Use <i>cholestyramine</i>)	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
QUESTRAN POWD (Use <i>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 (Use <i>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 (Use <i>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 (Use <i>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 (Use <i>rosuvastatin calcium</i>)	NP	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST	Inhibidores de la ECA		
LIPITOR TABS (Use <i>atorvastatin calcium</i>)	NP	QL(1 cada día)	ACCUPRIL (Use <i>quinapril hcl</i>)	NP	
<i>lovastatin</i> TABS 40 MG	P	QL(2 cada día)	ALTACE CAPS 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG, 10 MG (Use <i>ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lovastatin</i> TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)	<i>benazepril hcl</i> 5 MG, 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)
<i>pravastatin sodium</i>	P	QL(1 cada día)	<i>benazepril hcl</i> 40 MG	P	QL(2 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 (Use <i>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 (Use <i>ezetimibe</i>)	NP	ST	LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use <i>benazepril hcl</i>)	NP	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LOTENSIN 40 MG (<i>Use benazepril hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	Antihipertensivos antiadrenérgicos		
<i>quinapril hcl</i>	P		CARDURA (<i>Use 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 (<i>Use enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>methyldopa TABS</i>	P	
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(2 cada día)	MINIPRESS CAPS (<i>Use prazosin hcl</i>)	NP	
ZESTRIL TABS 2.5 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>prazosin hcl CAPS</i>	P	
Agentes para el feocromocitoma			<i>terazosin hcl</i>	P	
DEMSEER (<i>Use metyrosine</i>)	NP	SP; PA	Combinación de antihipertensivos		
<i>metyrosine</i>	P	SP; PA	ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II			ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(4 cada día)
ATACAND (<i>Use candesartan cilexetil</i>)	NP		<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	P	QL(1 cada día)
AVAPRO 150 MG, 300 MG (<i>Use irbesartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
BENICAR (<i>Use olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
<i>candesartan cilexetil</i>	P		<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST
COZAAR (<i>Use losartan potassium</i>)	NP	QL(1 cada día)	ATACAND HCT (<i>Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>)	NP	
DIOVAN TABS (<i>Use valsartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>atenolol & chlorthalidone</i>	P	QL(2 cada día)
<i>irbesartan</i>	P	QL(1 cada día)	AVALIDE (<i>Use irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>losartan potassium</i>	P	QL(1 cada día)	AZOR (<i>Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
MICARDIS (<i>Use telmisartan</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST			
<i>telmisartan</i>	P	QL(1 cada día)			
<i>valsartan TABS</i>	P	QL(1 cada día)			

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
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 25 MG-20 MG	P	QL(2 cada día)
EXFORGE HCT (Use amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG	P	QL(4 cada día)
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide	P	QL(1 cada día)	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG	P	QL(3 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	methenamine-hyosc-methylene blue-sod phospheryl 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 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)	URETRON D/S TABS 81.6 MG	P	
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 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 125 MG	P	QL(4 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS			vancomycin hcl CAPS 250 MG	P	QL(8 cada día)
- Medicamentos para tratar infecciones bacterianas			vancomycin hcl SOLR IV 1 GM	P	QL(14 por surtido al por menor)
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 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta 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		Leprostáticos		
BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP		dapsone	P	
			Lincosamidas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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	
ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
Combinaciones antimaláricas		
COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Antimaláricos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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	
MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
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	
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)		
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>melphalan</i>	P	
<i>pyrazinamide</i>	P		<i>melphalan 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
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer			TEPADINA (Use <i>thiotepa</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos alquilantes			<i>thiotepa</i>	P	SP; PA
ALKERAN (Use <i>melphalan</i>)	NP		TREANDA SOLR (Use <i>bendamustine hcl</i>)	NP	SP; PA
ALKERAN IV (Use <i>melphalan hcl</i>)	NP	SP; PA	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, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	<i>decitabine</i>	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML (Use <i>cyclophosphamide</i>)	NP	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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); SP; PA	KIMMTRAK	P	SP; PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA	LIBTAYO	P	SP; PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	LOQTORZI	P	SP; PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	LUMOXITI	P	SP; PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	MONJUVI	P	SP; PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA	OPDIVO	P	SP; PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA	PADCEV	P	SP; PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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
TAGRISSO	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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); 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 (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	P	SP; PA	AFINITOR TABS (<i>Use everolimus</i>)	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
<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA	BALVERSA	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HCL SOLN (<i>Use daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA	BELEODAQ	P	SP; PA
ELLENCE SOLN	P	SP; PA	<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML</i>	P	SP; PA	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA	BOSULIF TABS	P	SP; PA
VALSTAR (<i>Use valrubicin</i>)	NP	SP; PA	BRAFTOVI 75 MG	P	SP; PA
Combinaciones antineoplásicas			BRUKINSA	P	SP; PA
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA
HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA	CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 cada día); 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
			<i>dasatinib</i>	P	SP; PA
			<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA
			<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de 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
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); 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); SP; PA	SCSEMBLIX 100 MG	P	SP
INREBIC	P	SP; PA	SCSEMBLIX 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); 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); 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); 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/Límites
VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
VONJO	P	SP; PA
VOTRIENT (Use pazopanib hcl)	NP	SP; PA
VOTRIENT	P	SP; PA
XALKORI CAPS	P	SP; PA
XOSPATA	P	SP; PA
ZEJULA CAPS	P	SP; PA
ZELBORAF	P	SP; PA
ZOLINZA	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas		
ASPARLAS	P	SP; PA
ONCASPAR	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA
Radiofármacos antineoplásicos		
AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
Antineoplásicos varios		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
ALFERON N	P	SP; PA
arsenic trioxide	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA
bexarotene	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRISENOX (Use arsenic trioxide)	NP	SP; PA
Coadyuvantes quimioterapéuticos		
KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
KEPIVANCE 6.25 MG	P	SP; PA
Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
dexrazoxane hcl	P	SP; PA
KHAPZORY	P	SP; PA
leucovorin calcium TABS	P	
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML	P	SP; PA
levoleucovorin calcium SOLR	P	SP; PA
mesna SOLN	P	SP; PA
mesna TABS	P	SP; PA
MESNEX SOLN (Use mesna)	NP	SP; PA
MESNEX TABS	P	SP; PA
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles)	NP	SP; PA
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel)	NP	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
docetaxel SOLN	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)	NP	SP; PA
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
eribulin mesylate	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/ Límites
<i>etoposide CAPS</i>	P	SP; PA
<i>etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML</i>	P	SP; PA
HALAVEN (<i>Use eribulin mesylate</i>)	NP	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	P	SP; PA
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	P	SP; PA
<i>vincristine sulfate</i>	P	SP; PA
Medicamentos virales oncolíticos		
IMLYGIC	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I		
CAMPTOSAR (<i>Use irinotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
HYCANTIN CAPS	P	SP; PA
HYCANTIN SOLR (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN	P	SP; PA
TOPOTECAN HCL SOLN (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>topotecan hcl SOLR</i>	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA - Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de parkinson		
Terapia adyuvante antiparkinsoniana		
<i>carbidopa</i>	P	
LODOSYN (<i>Use carbidopa</i>)	NP	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos		
<i>benztropine mesylate TABS</i>	P	
<i>trihexyphenidyl hcl TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Dopaminérgicos antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl CAPS</i>	P	
<i>amantadine hcl SOLN</i>	P	
APOKYN SOCT	P	SP; PA
<i>apomorphine hydrochloride SOCT</i>	P	SP; PA
<i>bromocriptine mesylate CAPS</i>	P	
<i>bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG</i>	P	
<i>carbidopa-levodopa TABS</i>	P	
<i>carbidopa-levodopa TBCR</i>	P	
DHIVY TABS	P	
GOCOVRI CP24	P	SP; PA
PARLODEL CAPS (<i>Use bromocriptine mesylate</i>)	NP	
PARLODEL TABS (<i>Use bromocriptine mesylate</i>)	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (<i>Use carbidopa-levodopa</i>)	NP	
Antiparkinsonianos inhibidores de la monoaminooxidasa		
<i>selegiline hcl CAPS</i>	P	
<i>selegiline hcl TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS/ ANTIMANÍACOS - Medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo		
Medicamentos antimaníacos		
<i>lithium</i>	P	
<i>lithium carbonate CAPS</i>	P	

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>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 20 MG</i>	P	
<i>lurasidone hcl</i>	P		<i>haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
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 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
RISPERDAL CONSTA (Use <i>risperidone microspheres</i>)	NP	SP; PA	<i>quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(4 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 100 MG, 200 MG (Use <i>quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 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/ Límites
SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
Dihidroindolonas		
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)
Fenotiazinas		
<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>fluphenazine decanoate</i>	P	
<i>fluphenazine hcl TABS</i>	P	
<i>perphenazine TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>prochlorperazine</i>	P	
<i>prochlorperazine maleate TABS</i>	P	
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 cada día)
<i>trifluoperazine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Derivados de quinolinonas		
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA
ABILIFY TABS (<i>Use aripiprazole</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aripiprazole SOLN PO</i>	P	QL(750 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole TABS</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>aripiprazole TBDP</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ARISTADA	P	SP; PA
ARISTADA INITIO	P	SP; PA
Tioxantenos		
<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Antisépticos y desinfectantes		
<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ML por surtido al por menor)
Antisépticos con cloro		
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)
<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP	
HIBICLENS SOLN EX (<i>Use chlorhexidine gluconate</i>)	NP	
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Antiretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ML al día)
<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST

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
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 600 MG	P	QL(2 cada día); ST	etravirine 200 MG	P	QL(2 cada día)
darunavir TABS 800 MG	P	QL(1 cada día); ST	etravirine 100 MG	P	QL(4 cada día)
DELSTRIGO	P	QL(1 cada día)	fosamprenavir calcium TABS	P	QL(4 cada día)
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA	FUZEON SOLR	P	SP; PA
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA	GENVOYA	P	QL(1 cada día)
DOVATO	P		INTELENCE 200 MG (Use etravirine)	NP	QL(2 cada día)
EDURANT	P	QL(1 cada día)	INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)
efavirenz CAPS 200 MG	P	QL(1 cada día)	INTELENCE 100 MG (Use etravirine)	NP	QL(4 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 300 MG	P	QL(1 cada día)
			lamivudine TABS 150 MG	P	QL(2 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG</i>	P	QL(6 cada día)	SELZENTRY TABS 150 MG (<i>Use maraviroc</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	SELZENTRY TABS 300 MG (<i>Use maraviroc</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>maraviroc TABS 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG	P	QL(2 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); 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); AL(AI menos 18 años)
PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST	VIRACEPT TABS 250 MG	P	QL(9 cada día)
PREZISTA TABS 600 MG (<i>Use darunavir</i>)	NP	QL(2 cada día); ST	VIRACEPT TABS 625 MG	P	QL(4 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 75 MG	P	QL(2 cada día); ST	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
RETROVIR CAPS (<i>Use zidovudine</i>)	NP	QL(6 cada día)	VIREAD TABS (<i>Use tenofovir disoproxil fumarate</i>)	NP	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
zidovudine CAPS	P	QL(6 cada día)	valacyclovir hcl 1 GM	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
zidovudine SYRP	P	QL(60 ML al día)	valacyclovir hcl 500 MG	P	QL(2 cada día)
zidovudine TABS	P	QL(2 cada día)	VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)
Combinaciones antivirales			VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)
PAXLOVID (150/100)	P		Medicamentos contra la gripe		
PAXLOVID (300/100)	P		oseltamivir phosphate CAPS 30 MG	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			oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG	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	oseltamivir phosphate SUSR	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(Al menos 5 años)
PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate)	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 valganciclovir hcl)	NP	QL(2 cada día)	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate)	NP	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
valganciclovir hcl TABS	P	QL(2 cada día)	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate)	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	carvedilol 25 MG	P	QL(4 cada día)
PEGASYS SOLN	P	SP; PA			
ribavirin (hepatitis c) CAPS	P	SP; PA			
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG	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					
acyclovir CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
acyclovir SUSP	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)			
acyclovir TABS PO 400 MG	P	QL(3 cada día)			
acyclovir TABS PO 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
famciclovir	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>carvedilol</i> 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG	P	QL(3 cada día)	TOPROL XL TB24 200 MG (<i>Use metoprolol succinate</i>)	NP	QL(2 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/afI)</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 100 MG	P	QL(3 cada día)	<i>nadolol</i> TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	P	QL(2 cada día)
<i>labetalol hcl</i> TABS 200 MG, 400 MG	P	QL(6 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/afI)</i>	P	QL(2 cada día)
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)
LOPRESSOR TABS 100 MG (<i>Use metoprolol tartrate</i>)	NP	QL(4.5 cada día)	<i>sotalol hcl</i> TABS 240 MG	P	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG	P	QL(4 cada día)	<i>timolol maleate</i> TABS	P	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 200 MG	P	QL(2 cada día)	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 100 MG	P	QL(4.5 cada día)	Bloqueadores de los canales de calcio		
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 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 25 MG, 50 MG, 100 MG (<i>Use metoprolol succinate</i>)	NP	QL(4 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)

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 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	P	QL(1 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)	CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal		
<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 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)	LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (<i>Use digoxin</i>)	P	
<i>nifedipine TB24 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 cada día)	MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
NORVASC TABS (<i>Use amlodipine besylate</i>)	NP	QL(1 cada día)	Inhibidores de la miosina cardíaca		
PROCARDIA XL TB24 60 MG (<i>Use nifedipine</i>)	NP	QL(2 cada día)	CAMZYOS	P	SP; PA
PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (<i>Use nifedipine</i>)	NP	QL(1 cada día)	Medicamentos contra la impotencia		
TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>Use diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(1 cada día)	BI-MIX SOLR	P	PA
TIAZAC 240 MG (<i>Use diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(2 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 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 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

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
ORENITRAM TBCR	P	SP; PA	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
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
VELETTRI (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>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)

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>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)	LOSEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
Cefalosporinas de tercera generación			MIRCETTE (Use <i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>)	NP	
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)	<i>norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P	
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)	<i>norethindrone & eth estradiol</i>	P	
<i>cefixime CAPS</i>	P		<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)	<i>norethindrone acet & eth estra TABS</i>	P	
SUPRAX CAPS (Use <i>cefixime</i>)	NP		<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>	P	
PRODUCTOS QUÍMICOS			<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
Productos químicos a granel - O's			<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	P	
OMEPRAZOLE	P	PA	<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
Productos químicos a granel - P's			<i>norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA	QUARTETTE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NF	
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo			SEASONIQUE (Use <i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>)	NP	QL(91 por surtido al por menor)
Anticonceptivos combinados - Orales			TYBLUME CHEW	P	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P		YASMIN 28 (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P		YAZ (Use <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P		Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 cada día)	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)	Anticonceptivos combinados - vaginales		
GENERESS FE (Use <i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>)	NP				
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P				
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P				
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)			

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>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)	CORTISONE ACETATE TABS	P	
NUVARING (Use <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)	<i>deflazacort SUSP</i>	P	SP; PA
Anticonceptivos de emergencia			<i>deflazacort TABS</i>	P	SP; PA
ELLA	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)	<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML</i>	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG</i>	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)	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 <i>levonorgestrel (emergency oc)</i>)	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)	<i>dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML</i>	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)
Anticonceptivos de progestina - inyectables			<i>dexamethasone ELIX</i>	P	
DEPO-PROVERA SUSP IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)	<i>dexamethasone SOLN</i>	P	
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>)	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)	<i>dexamethasone TABS</i>	P	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	EMFLAZA SUSP (Use <i>deflazacort</i>)	NP	SP; PA
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM</i>	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	EMFLAZA TABS (Use <i>deflazacort</i>)	NP	SP; PA
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM</i>	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	<i>hydrocortisone TABS</i>	P	
Anticonceptivos de progestina - orales			MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	P		MEDROL TBPB (Use <i>methylprednisolone</i>)	NP	
OPILL	P		<i>methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	
OPILL	NP		<i>methylprednisolone TBPB</i>	P	
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica			PEDIAPRED SOLN (Use <i>prednisolone sodium phosphate</i>)	NP	
Glucocorticosteroides			<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML</i>	P	
CORTEF TABS (Use <i>hydrocortisone</i>)	NP		<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
			<i>prednisolone SOLN</i>	P	
			<i>prednisolone 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/ Límites
PREDNISONA INTENSOL CONC	P	
<i>prednisone SOLN</i>	P	
<i>prednisone TABS</i>	P	
<i>prednisone TBPk</i>	P	
TARPEYO CPDR	P	SP; PA
ZILRETTA SRER	P	SP; PA
Mineralocorticoides		
<i>fludrocortisone acetate TABS</i>	P	
TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
Antitusivos		
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)
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)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias		
ADVIL COLD/SINUS TABS (<i>Use pseudoephedrine-ibuprofen</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	P	AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (<i>Use loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (<i>Use loratadine & 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 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)

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>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NF	
<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)	MUCINEX DM TB12 (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 cada día); 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); AL(Hasta 21 años)	MUCINEX D TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>phenylephrine-dm SOLN</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
ED BRON GP LIQD	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine & phenylephrine SYRP</i>	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin-codeine SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<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); AL(Hasta 21 años)	<i>promethazine-dm SYRP</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine 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 & pseudoephedrine TB24</i>	P	OTC; QL(1 cada día); 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)			
MAXI-TUSS PE LIQD	P	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/ Límites
<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG</i>	P	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; QL(240 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
TRIAMINIC COLD/COUGH DAY TIME SYRP	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
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)
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
Expectorantes		
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin LIQD</i>	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin TB12 1200 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin TB12 600 MG</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Inhalantes respiratorios - varios		
<i>sodium chloride (inhalant) AERS</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %</i>	P	
Mucolíticos		
<i>acetylcysteine SOLN</i>	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Productos contra el acné		
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
BENZAC AC WASH LIQD 5 % (Use <i>benzoyl peroxide</i>)	NP	RX/OTC

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

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>clotrimazole (topical) CREA</i>	P	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole (topical) SOLN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 %</i>	P	
LAMISIL AT 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>terbinafine hcl (topical) CREA</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (<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)
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 & menthol LOTN</i>	P	OTC; QL(222 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SARNA LOTN (<i>Use camphor & menthol</i>)	NP	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)	USTEKINUMAB SOSY 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
Antipsoriásicos			USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
<i>calcipotriene</i> CREA	P		YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
<i>calcipotriene</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)	YESINTEK SOSY	P	SP; PA
ILUMYA	P	SP; PA	Productos antiseborreicos		
OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA	OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA	OVACE WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	NP	SP	<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5 %	P	
SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA	<i>selenium sulfide</i> LOTN 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SKYRIZI PEN SOAJ	P	SP; ST; PA	<i>selenium sulfide</i> SHAM 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SKYRIZI SOSY	P	SP; PA	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
STELARA SOSY	P	SP; PA	SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
STEQEYMA	P	SP; PA	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
TALTZ SOAJ	P	SP; PA	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
TALTZ SOSY	P	SP; PA	SELSUN BLUE LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>tazarotene</i> CREA	P	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)	<i>sulfacetamide sodium</i> LIQD	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
<i>tazarotene</i> GEL	P	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)	Antivirales - tópicos		
TAZORAC CREA (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)	<i>acyclovir topical</i> CREA	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
TAZORAC GEL (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)	<i>acyclovir topical</i> OINT	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
TREMFYA ONE-PRESS SOAJ 100 MG/ML	P	SP; PA			
TREMFYA PEN SOAJ 100 MG/ML	P	SP; PA			
TREMFYA SOSY 100 MG/ML	P	SP; PA			
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical)	NP	QL(5 GM por surtido al por menor)	desoximetasone CREA 0.25 %	P	QL(2 GM al día)
ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)	desoximetasone GEL	P	QL(2 GM al día)
Productos para quemaduras			desoximetasone OINT 0.25 %	P	QL(2 GM al día)
SILVADENE (Use silver sulfadiazine)	NP		EPIFOAM FOAM	P	QL(15 GM por surtido al por menor)
silver sulfadiazine	P		fluocinolone acetone OIL	P	QL(118.28 ML por surtido al por menor)
Corticosteroides - tópicos			fluocinonide emulsified base	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
betamethasone dipropionate (topical) CREA	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	fluocinonide CREA 0.05 %	P	QL(150 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor
betamethasone dipropionate augmented CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)	fluocinonide GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
betamethasone valerate CREA	P		fluocinonide OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
betamethasone valerate LOTN	P		fluocinonide SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
betamethasone valerate OINT	P		fluticasone propionate CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
clobetasol propionate emollient base 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	fluticasone propionate OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
clobetasol propionate CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK	NP	
clobetasol propionate GEL 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	hydrocortisone (topical) CREA 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
clobetasol propionate OINT 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %	P	
clobetasol propionate SOLN 0.05 %	P	QL(50 ML por surtido al por menor)	hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %	P	OTC
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetone)	NP	QL(118.28 ML por surtido al por menor)	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 %	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
desonide CREA	P		hydrocortisone (topical) LOTN 1 %	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)
desonide OINT	P	QL(2 GM al día)	hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 %	P	RX/OTC
DESOWEN CREA (Use desonide)	NP		hydrocortisone butyrate SOLN	P	
desoximetasone CREA 0.05 %	P		HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	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
<i>mometasone furoate</i> CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate</i> OINT	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
<i>mometasone furoate</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
TOPICORT CREA 0.05 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	
TOPICORT CREA 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
TOPICORT GEL (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
TOPICORT OINT 0.25 % (Use <i>desoximetasone</i>)	NP	QL(2 GM al día)
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) CREA	P	
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) LOTN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) OINT 0.025 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) OINT 0.1 %, 0.5 %	P	
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use <i>desonide</i>)	NP	
Medicamentos para el eccema		
ADBRY SOSY	P	SP; PA
CIBINQO	P	SP; PA
Medicamentos emolientes/queratolíticos		
<i>urea</i> CREA 40 %	P	RX/OTC
<i>urea</i> LOTN 40 %	P	
Emolientes		
EMOLLIENT LOTION-MISC	P	RX/OTC
<i>lactic acid</i> (ammonium lactate) CREA	P	QL(385 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lactic acid</i> (ammonium lactate) LOTN 12 %	P	QL(1368 GM por surtido al por menor); RX/OTC
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>imiquimod</i> 5 %	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos inmunosupresores tópicos		
ELIDEL (Use <i>pimecrolimus</i>)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>pimecrolimus</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>tacrolimus</i> (topical) OINT 0.1 %	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
<i>tacrolimus</i> (topical) OINT 0.03 %	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/vesicantes		
DERMAREST PSORIASIS GEL	P	OTC
KERALYT GEL (Use <i>salicylic acid</i>)	NP	
KERALYT GEL	P	OTC
<i>podofilox</i> SOLN	P	
<i>salicylic acid</i> GEL 6 %	P	
Anestésicos locales tópicos		
<i>capsaicin</i> CREA 0.1 %	P	OTC; QL(43 GM por surtido al por menor)
<i>capsaicin</i> CREA 0.025 %, 0.075 %	P	OTC; QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>capsaicin</i> CREA 0.035 %	P	OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)
CAPZASIN-HP CREA (Use <i>capsaicin</i>)	NP	OTC; QL(43 GM 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Use capsaicin)	NP	OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)	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)
CASTIVA WARMING LOTN	P	OTC; QL(30 GM por surtido 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>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 GM por surtido al por menor)	<i>zinc oxide (topical) OINT 20 %</i>	P	OTC; QL(500 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)	Medicamentos contra la rosácea		
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)	METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical))	NP	
<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)	METROLOTION LOTN (Use metronidazole (topical))	NP	
<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)	<i>metronidazole (topical) CREA</i>	P	
<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>metronidazole (topical) GEL 0.75 %</i>	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>metronidazole (topical) LOTN</i>	P	
LMX 4 CREA (Use <i>lidocaine</i>)	NP	OTC; QL(2 GM al día)	Escabicidas y pediculicidas		
Medicamentos de uso tópico - varios			<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
CVS LANOLIN CREA	P	OTC	ELIMITE CREA (Use <i>permethrin</i>)	NP	QL(360 GM por surtido al por menor)
DRYSOL SOLN	P		LICEMD GEL	P	OTC
<i>lanolin (topical) CREA</i>	P	OTC	<i>malathion</i>	P	QL(59 ML por surtido al por menor)
LANOLOR CREA	P	OTC	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)
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC; QL(170 gm por surtido al por menor, 340 gm cada 30 días de venta al por menor)	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i>)	NP	OTC
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)	OVIDE (Use <i>malathion</i>)	NP	QL(59 ML por surtido al por menor)
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	NP				
SAWYER INSECT REPELLENT LOTN	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
<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	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA TN'G ADVANCE PRO STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH VERIO STRP	NP	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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 STR	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/ Límites
<i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>	P	
<i>metolazone</i>	P	
MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
Inhibidores de los esteroides adrenales		
ISTURISA	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de la densidad ósea		
ACTONEL TABS 35 MG (<i>Use 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 35 MG, 70 MG</i>	P	QL(0.15 cada día)
<i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
ATELVIA TBEC (<i>Use 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 (<i>Use teriparatide</i>)	NP	PA
FOSAMAX TABS 70 MG (<i>Use alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 cada día)
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA
MIACALCIN IJ (<i>Use calcitonin (salmon)</i>)	NP	QL(2 ML por surtido al por menor)
<i>pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML</i>	P	SP; PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PROLIA SOSY	P	SP; PA
RECLAST SOLN (<i>Use zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA
<i>teriparatide SOPN</i>	P	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
Reguladores de la fertilidad		
CHORIONIC GONADOTROPIN IM	P	PA
FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML	P	PA
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
GONAL-F RFF SOLR SC	P	PA
GONAL-F SOLR IJ	P	PA
MENOPUR SC	P	PA
NOVAREL IM	P	PA
OVIDREL SOSY	P	PA
PREGNYL IM	P	PA
Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>cetrorelix acetate</i>	P	PA
CETROTIDE (<i>Use cetrorelix acetate</i>)	NP	PA
<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
GANIRELIX ACETATE (<i>Use 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 (Use <i>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 (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)
NORDITROPIN FLEXPPO SOPN	P	SP; PA	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)
SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA	CARNITOR TABS (Use <i>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 (Use <i>betaine</i>)	NP	SP; PA
EVISTA (Use <i>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 (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
Factores de crecimiento similares a la insulina (somatomedinas)			KUVAN TABS (Use <i>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 (Use <i>nitisinone</i>)	NP	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA			
BUPHENYL POWD (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA			
BUPHENYL TABS (Use <i>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/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORFADIN SUSP	P	SP; PA	Medicamentos somatostáticos		
PALYNZIQ	P	SP; PA	<i>octreotide acetate KIT</i>	P	SP; PA
<i>paricalcitol SOLN</i>	P	SP; PA	<i>octreotide acetate SOLN</i>	P	SP; PA
PARSABIV	P	SP; PA	SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (<i>Use octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA
REVCovi	P	SP; PA	SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (<i>Use octreotide acetate</i>)	NP	SP; PA
ROCALtrol CAPS (<i>Use calcitriol</i>)	NP		SIGNIFOR	P	SP; PA
<i>sapropterin dihydrochloride PACK</i>	P	SP; PA	SIGNIFOR LAR	P	SP; PA
<i>sapropterin dihydrochloride TABS</i>	P	SP; PA	Antagonistas de los receptores de la vasopresina		
SENSIPAR (<i>Use cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA	JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (<i>Use tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate POWD</i>	P	SP; PA	JYNARQUE TBPK 15 MG (<i>Use tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
<i>sodium phenylbutyrate TABS</i>	P	SP; PA	SAMSCA TABS (<i>Use tolvaptan</i>)	NP	SP; PA
STRENSIQ	P	SP; PA	<i>tolvaptan TABS</i>	P	SP; PA
VIMIZIM	P	SP; PA	<i>tolvaptan TBPK 15 MG</i>	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA	ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
ZEMPLAR SOLN (<i>Use paricalcitol</i>)	NP	SP; PA	Combinaciones de estrógenos		
Hormonas de la hipófisis posterior			ACTIVEVILLA TABS 1 MG-0.5 MG (<i>Use estradiol & norethindrone acetate</i>)	NP	QL(1 cada día)
DDAVP PF SOLN IJ (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA	COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	SP; PA	<i>estradiol & norethindrone acetate TABS</i>	P	QL(1 cada día)
DDAVP TABS (<i>Use desmopressin acetate</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	P	
<i>desmopressin acetate spray</i>	P	QL(5 ML por surtido al por menor)	PREMPHASE	P	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 %</i>	P	QL(5 ML por surtido al por menor)	PREMPRO	P	
<i>desmopressin acetate SOLN IJ</i>	P	SP; PA	Estrógenos		
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA	ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	P	QL(8 por surtido al por menor)
<i>desmopressin acetate TABS</i>	P	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/ 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)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
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)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios		
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/ 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)
Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares		
CHOLBAM	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)		
OICALIVA	P	QL(1 cada día); SP; PA
Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares		
chenodiol	P	SP; PA
CTEXLI 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)
Activadores de los canales de cloruro gastrointestinales		
AMITIZA (Use lubiprostone)	NP	PA
lubiprostone	P	PA
Estimulantes gastrointestinales		
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	
Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)		
BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
BYLVAY CAPS	P	SP; PA
LIVMARLI	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios intestinales		
APRISO CP24 (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/ Límites
AVSOLA	P	SP; PA
AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine)	NP	
AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine)	NP	
balsalazide disodium CAPS	P	QL(9 cada día)
COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium)	NP	QL(9 cada día)
DELZICOL CPDR (Use mesalamine)	NP	
ENTYVIO SOLR	P	SP; PA
LIALDA TBEC (Use mesalamine)	NP	
mesalamine CP24	P	
mesalamine CPDR	P	
mesalamine ENEM	P	QL(60 ML al día)
mesalamine TBEC	P	
OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
PYZCHIVA 130 MG/26ML	P	SP; PA
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STELARA 130 MG/26ML	P	SP; PA
STEQEYMA	P	SP; PA
sulfasalazine TABS	P	
sulfasalazine TBEC	P	
USTEKINUMAB 130 MG/26ML	P	SP; PA
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
Acidificadores intestinales		
lactulose (encephalopathy)	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS	P	
Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS)		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
GATTEX	P	SP; PA
Inhibidores de la triptófano hidroxilasa		
XERMELO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS GENITOURINARIOS - VARIOS - Medicamentos diversos para el tratamiento de problemas del sistema urinario y los órganos reproductores		
Alcalinizadores		
potassium citrate (alkalinizer) TBCR	P	
sodium citrate & citric acid	NP	RX/OTC
sodium citrate & citric acid	P	QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
UROKIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	
UROKIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer))	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
sodium chloride (gu irrigant) 0.9 %	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
finasteride	P	QL(1 cada día)
PROSCAR (Use finasteride)	NP	QL(1 cada día)
tamsulosin hcl	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
AZO URINARY PAIN RELIEF TABS (Use phenazopyridine hcl)	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/Límites
<i>phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>PYRIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl)</i>	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
<i>THIOLA EC TBEC (Use tiopronin)</i>	NP	SP; PA
<i>THIOLA TABS (Use tiopronin)</i>	NP	SP; PA
<i>tiopronin TABS</i>	P	SP; PA
<i>tiopronin TBEC</i>	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
<i>DEFLUX</i>	P	SP; PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		
<i>colchicine w/ probenecid</i>	P	
Medicamentos contra la gota		
<i>allopurinol 100 MG, 300 MG</i>	P	
<i>colchicine TABS</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>COLCRYS TABS (Use colchicine)</i>	NP	QL(6 por surtido al por menor)
<i>KRYSTEXXA</i>	P	SP; PA
<i>ZYLOPRIM (Use allopurinol)</i>	NP	
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
<i>ADVATE</i>	P	SP; PA
<i>ADYNOVATE</i>	P	SP; PA
<i>AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ALPHANATE SOLR</i>	P	SP; PA
<i>ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT</i>	P	SP; PA
<i>ALPROLIX</i>	P	SP; PA
<i>BENEFIX KIT</i>	P	SP; PA
<i>COAGADEX</i>	P	SP; PA
<i>CORIFACT</i>	P	SP; PA
<i>ELOCTATE</i>	P	SP; PA
<i>ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT</i>	P	SP; PA
<i>FEIBA</i>	P	SP; PA
<i>FIBRYGA</i>	P	SP; PA
<i>HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML</i>	P	SP; PA
<i>HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT</i>	P	SP; PA
<i>HUMATE-P SOLR</i>	P	SP; PA
<i>IDELVION</i>	P	SP; PA
<i>IXINITY SOLR</i>	P	SP; PA
<i>JIVI</i>	P	SP; PA
<i>KCENTRA</i>	P	SP; PA
<i>KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT</i>	P	SP; PA
<i>KOATE SOLR</i>	P	SP; PA
<i>KOGENATE FS KIT</i>	P	SP; PA
<i>KOVALTRY</i>	P	SP; PA
<i>NOVOSEVEN RT</i>	P	SP; PA
<i>NUWIQ KIT</i>	P	SP; PA
<i>NUWIQ SOLR</i>	P	SP; PA
<i>OBIZUR</i>	P	SP; PA
<i>PROFILNINE</i>	P	SP; PA
<i>REBINYN</i>	P	SP; PA
<i>RECOMBINATE SOLR</i>	P	SP; PA
<i>RIASTAP</i>	P	SP; PA
<i>RIXUBIS SOLR</i>	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SEVENFACT	P	SP; PA	CABLIVI	P	SP; PA
TRETTEN	P	SP; PA	<i>cilostazol</i>	P	QL(2 cada día)
VONVENDI	P	SP; PA	<i>clopidogrel bisulfate 75 MG</i>	P	
WILATE KIT	P	SP; PA	<i>dipyridamole</i>	P	
XYNTHA	P	SP; PA	EFFIENT (Use <i>prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
XYNTHA SOLOFUSE	P	SP; PA	PLAVIX 75 MG (Use <i>clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
Antagonistas del receptor B2 de la bradicinina			<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 cada día)
FIRAZYR SOSY (Use <i>icatibant acetate</i>)	NP	SP; PA	<i>ticagrelor 60 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>icatibant acetate SOSY</i>	P	SP; PA	Activadores de la piruvato cinasa		
Inhibidores del complemento			PYRUKYND TAPER PACK TBPK	P	SP; PA
BERINERT KIT	P	SP; PA	PYRUKYND TABS	P	SP; PA
CINRYZE SOLR IV	P	SP; PA	Medicamentos trombolíticos - varios		
ENJAYMO	P	SP; PA	DEFITELIO	P	SP; PA
HAEGARDA SOLR SC	P	SP; PA	MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
RUCONEST	P	SP; PA	Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
TAVNEOS	P	SP; PA	CERDELGA	P	SP; PA
Medicamentos hemorreológicos			CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>pentoxifylline</i>	P		<i>miglustat</i>	P	SP; PA
Hemín			ZAVESCA (Use <i>miglustat</i>)	NP	SP; PA
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA	Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
Proteína C humana			DROXIA CAPS	P	
CEPROTIN	P	SP; PA	ENDARI (Use <i>glutamine (sickle cell)</i>)	NP	SP; PA
Inhibidores de la calicreína plasmática			<i>glutamine (sickle cell)</i>	P	SP; PA
KALBITOR	P	SP; PA	OXBRYTA TABS 500 MG	P	PA
ORLADEYO	P	SP; PA	OXBRYTA TBSO	P	PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA	SIKLOS TABS	P	PA
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA	Cobalaminas		
Proteínas plasmáticas			<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ML cada 270 días de venta al por menor)
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)			

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
Ácido fólico/folatos			<i>ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<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 500 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	QL(24 por surtido al por menor); SP
RELEUKO SOSY	P	SP; PA	AMICAR TABS 1000 MG (<i>Use aminocaproic acid</i>)	NP	SP; PA
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)			
FERRETTs 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 15 MG/ML, 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 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
TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Antihistamínicos hipnóticos		
<i>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<i>doxylamine succinate (sleep)</i>	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use <i>diphenhydramine hcl (sleep)</i>)	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS (Use <i>doxylamine succinate (sleep)</i>)	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital ELIX</i>	P	
<i>phenobarbital TABS</i>	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS (Use <i>zolpidem tartrate</i>)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<i>flurazepam hcl</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HALCION 0.25 MG (Use <i>triazolam</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>midazolam hcl SOLN IJ</i>	P	
MIDAZOLAM HCL SOLN IJ	P	
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use <i>temazepam</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)
<i>temazepam 15 MG, 30 MG</i>	P	AL(AI menos 18 años)
<i>triazolam</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>zaleplon 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zaleplon 5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>zolpidem tartrate TABS</i>	P	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal		
Laxantes a granel		
<i>calcium polycarbophil TABS</i>	P	OTC; QL(10 cada día)
EVAC POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	
METAMUCIL POWD (Use <i>psyllium</i>)	NP	OTC
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD	P	OTC
<i>psyllium CAPS 0.52 GM</i>	P	OTC
<i>psyllium POWD 43 %</i>	P	
<i>psyllium POWD 43 %</i>	NP	
<i>psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %</i>	P	OTC
Combinaciones de laxantes		
GOLYTELY SOLR (Use <i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>)	NP	QL(4000 ML por surtido al por menor)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR</i>	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
PEG-PREP	P	
<i>sennosides-docusate sodium TABS</i>	P	OTC; QL(4 cada día)

Georgia Medicaid

Actualizado: 1 de 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
SENOKOT S TABS (<i>Use sennosides-docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>	P	
SUPREP BOWEL PREP KIT (<i>Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate</i>)	NP	
Laxantes - varios		
GLYCERIN (ADULT) SUPP (<i>Use glycerin (laxative)</i>)	NP	OTC
<i>glycerin (laxative) SUPP 2 GM</i>	P	OTC
<i>lactulose SOLN</i>	P	
MIRALAX POWD (<i>Use polyethylene glycol 3350</i>)	NP	QL(34 GM al día)
<i>polyethylene glycol 3350 POWD</i>	P	QL(34 GM al día)
SORBITOL PO 70 %	P	OTC
Laxantes salinos		
FLEET ENEMA ENEM (<i>Use sodium phosphates</i>)	NP	OTC
FLEET PEDIATRIC ENEM (<i>Use sodium phosphates</i>)	NP	OTC
FLEET SALINE ENEMA ENEM (<i>Use sodium phosphates</i>)	NP	OTC
<i>magnesium citrate 1.745 GM/30ML</i>	P	OTC
<i>magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML</i>	P	OTC; QL(992 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>sodium phosphates ENEM</i>	P	OTC
Laxantes estimulantes		
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bisacodyl TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
DULCOLAX SUPP (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
DULCOLAX TBEC (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
<i>sennosides TABS 8.6 MG</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
SENOKOT TABS (<i>Use sennosides</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)
Laxantes surfactantes		
COLACE CLEAR CAPS (<i>Use docusate sodium</i>)	NP	OTC
COLACE CAPS 100 MG (<i>Use docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)
<i>docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML</i>	P	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRP	P	OTC
<i>docusate sodium TABS</i>	P	OTC
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Azitromicina		
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 200 MG/5ML</i>	P	QL(30 ML por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido 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 100 MG/5ML (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(15 ML por surtido al por menor)
ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(30 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/ Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P	
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Vendas-Apósitos-Adhesivos		
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC
Anticonceptivos		
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC
Suministros para diabéticos		
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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	P	RX/OTC
SIMPLERA SYSTEM	NP		EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	NP	RX/OTC
TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	P	
Dispositivos varios			EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	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
EMBRACE PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
GNP PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); 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); 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); RX/OTC
INSUPEN PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); RX/OTC
PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); RX/OTC
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	NP		AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	AEROTRACH PLUS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); 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); 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); 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); 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); 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY FLOW AIR NOZZLE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH 2 CPAP HOSE HANGER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY FLOW HEPA FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EBASE CONTROLLER KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC	P	QL(1 ML cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); RX/OTC
CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE FULL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	FULL KIT NEBULIZER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	HUDSON RCI AEROSOL MASK ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE LOW RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE PAPER MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	LITETOUCH MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
EASY FLOW 300 MM HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
EASY FLOW 400 MM HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	LITETOUCH MASK SMALL MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

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
LUNG PERFORM PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PANDA MASK MEDIUM	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MASK VORTEX/CHILD/FROG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PANDA MASK SMALL	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
MASK VORTEX/TODDLER/LAD YBUG	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); 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); RX/OTC
MINIELITE FILTER REPLACEMENTS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI MASK SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
NOSE CLIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI VORTEX ADULT MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PARI VORTEX PEDIATRIC MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ONE FLOW TESTER MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); 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); 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); RX/OTC	PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG	P	RX/OTC
PANDA MASK LARGE	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-MED MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEDIATRIC PANDA MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); RX/OTC
PFLEX MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PIKO 1	P	RX/OTC	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SILICONE MASK/ADULT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SILICONE MASK/INFANT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); 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); RX/OTC
PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); 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); 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); 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); RX/OTC	SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	P	RX/OTC
REPLACEMENT FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC			
REUSABLE COMFORTSEAL MASK-LRG MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR	P	RX/OTC	IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
THRESHOLD IMT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	IMITREX TABS (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
TRUZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	MAXALT-MLT TBDP 10 MG (<i>Use rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(0.4 cada día)
TUBING/WING TIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	MAXALT TABS 10 MG (<i>Use rizatriptan benzoate</i>)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	<i>naratriptan hcl</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
WINDMILL TRAINER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	REL PAX (<i>Use eletriptan hydrobromide</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA - Medicamentos para tratar la migraña			<i>rizatriptan benzoate TABS</i>	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)
Combinaciones contra la migraña			<i>rizatriptan benzoate TBDP</i>	P	QL(0.4 cada día)
CAFERGOT TABS (<i>Use ergotamine w/ caffeine</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)	<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>ergotamine w/ caffeine TABS</i>	P	AL(AI menos 18 años)	<i>sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
Productos contra la migraña			<i>sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML</i>	P	AL(AI menos 18 años)	<i>sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2.5 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MIGRANAL SOLN NA (<i>Use dihydroergotamine mesylate</i>)	NP	AL(AI menos 18 años)			
Agonistas de la serotonina					
<i>eletriptan hydrobromide</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)			
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (<i>Use sumatriptan</i>)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)			
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (<i>Use sumatriptan succinate</i>)	NP	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)			

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

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
PEDIALYTE ADVANCED CARE 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 FREEZER POPS 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 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 10 MEQ	P	
TRUELYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	potassium chloride CPCR 8 MEQ	P	QL(1 cada día)
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 & 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
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA
REVLIMID	P	SP; PA
REZUROCK	P	SP; PA
THALOMID	P	SP; PA
VYVGART	P	SP; PA
Medicamentos inmunosupresores		
ATGAM	P	SP; PA
<i>azathioprine TABS 75 MG, 100 MG</i>	P	PA
<i>azathioprine TABS 50 MG</i>	P	
CELLCEPT CAPS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT SUSR (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT TABS (<i>Use mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN</i>	P	
<i>cyclosporine CAPS</i>	P	
<i>cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML</i>	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA
IMURAN TABS (<i>Use azathioprine</i>)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA
<i>mycophenolate mofetil CAPS</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil SUSR</i>	P	
<i>mycophenolate mofetil TABS</i>	P	
<i>mycophenolate sodium</i>	P	
MYFORTIC (<i>Use mycophenolate sodium</i>)	NP	
NEORAL CAPS (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NEORAL SOLN (<i>Use cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS (<i>Use tacrolimus</i>)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA
RAPAMUNE SOLN (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
RAPAMUNE TABS (<i>Use sirolimus</i>)	NP	
SANDIMMUNE CAPS (<i>Use cyclosporine</i>)	NP	
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	P	
<i>sirolimus SOLN</i>	P	
<i>sirolimus TABS</i>	P	
<i>tacrolimus CAPS</i>	P	
THYMOGLOBULIN	P	SP; PA
Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos		
SYLVANT	P	SP; PA
Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS)		
VIJOICE TBPK	P	SP; PA
Medicamentos eliminadores de potasio		
<i>sodium polystyrene sulfonate POWD</i>	P	
<i>sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML</i>	P	
Medicamentos para el tratamiento de la progeria		
ZOKINVY	P	SP; PA
Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico		
BENLYSTA SOAJ	P	SP; PA
BENLYSTA SOLR	P	SP; PA
BENLYSTA SOSY	P	SP; PA
SAPHNELO	P	SP; PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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 acid w/ fluoride SOLN</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG	P	RX/OTC	POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); 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 0.25 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 0.25 MG	P	RX/OTC	QUFLORA PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLOTREX CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); 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 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	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 0.25 MG, 1 MG</i>	P	RX/OTC			
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Multivitaminas pediátricas			<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)	GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)	GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)	LIORESAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA
POLY-VI-SOL SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)	LIORESAL SOLN IT	P	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/ Límites
SYNVISC ONE SOSY	P	SP; PA
SYNVISC SOSY	P	SP; PA
TRILURON SOSY	P	SP; PA
TRIVISC SOSY	P	SP; PA
VISCO-3 SOSY	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		
FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	P	OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
LITTLE REMEDIES SALINE SOLN	P	OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SALINE NASAL SPRAY 0.65%	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
Antialérgicos nasales		
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY	P	QL(30 ML por surtido al por menor); RX/OTC
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY	P	
cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT	P	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal))	NP	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
Anticolinérgicos nasales		
ipratropium bromide (nasal) 0.06 %	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
ipratropium bromide (nasal) 0.03 %	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides nasales		
FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	NP	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal))	NP	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC
flunisolide (nasal)	P	QL(25 ML cada 30 días de venta al por menor)
fluticasone propionate (nasal) SUSP	P	QL(16 GM por surtido al por menor); RX/OTC
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal))	NP	AL(AI menos 2 años)
triamcinolone acetonide (nasal) AERO	P	AL(AI menos 2 años)
Descongestionantes simpaticomiméticos		
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal))	NP	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
epinephrine hcl (nasal)	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
phenylephrine hcl (oral) TABS	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
pseudoephedrine hcl TABS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
pseudoephedrine hcl TB12	P	OTC; QL(62 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
SUDAFED CHILDRENS LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED PE CHILDRENS SOLN	P	OTC; QL(120 ML por surtido al por menor)
SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral))	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)

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
SUDAFED TABS (<i>Use pseudoephedrine hcl</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES - Medicamentos para relajar/paralizar los músculos			ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis lateral 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 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 (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/ Límites
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG	P	SP; PA
NUTRIENTES		
Carbohidratos		
POLYCOSE LIQD	P	OTC; QL(124 ML por surtido al por menor)
POLYCOSE POWD	P	OTC; QL(350 GM por surtido al por menor)
Lípidos		
DOJOLVI	P	SP; PA
Sustancias nutritivas varias		
<i>omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 1200 MG</i>	P	OTC; QL(6 cada día)
<i>omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG</i>	P	QL(6 cada día)
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Lágrimas y lubricantes artificiales		
<i>polyvinyl alcohol 1.4 %</i>	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>white petrolatum-mineral oil</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
Betabloqueadores oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN</i>	P	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	P	
<i>COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate)</i>	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>levobunolol hcl 0.5 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
<i>TIMOPTIC SOLN (Use timolol maleate (ophth))</i>	NP	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Midriáticos ciclopléjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic))</i>	NP	
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1 %</i>	P	
<i>CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl)</i>	NP	
<i>CYCLOGYL 2 %</i>	P	
<i>CYCLOGYL 0.5 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>cyclopentolate hcl 1 %</i>	P	
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
<i>ISOPTO ATROPINE SOLN</i>	P	
<i>MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide)</i>	NP	
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>PHENYLEPHRINE HCL SOLN (Use phenylephrine hcl (mydriatic))</i>	NP	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>tropicamide SOLN</i>	P	
Mióticos		
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</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
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis			<i>ofloxacin (ophth)</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
BEVACIZUMAB IZ	P	SP; PA	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML	P	PA	POLYTRIM (Use <i>polymyxin b-trimethoprim</i>)	NP	QL(10 ML por surtido al por menor)
EYLEA HD SOLN	P	SP; PA	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
EYLEA SOLN	P	SP; PA	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> SOLN	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
EYLEA SOSY	P	SP; PA	<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
LUCENTIS SOSY	P	SP; PA	TOBREX OINT	P	
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN	P	SP; PA	<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	P	SP; PA	VIGAMOX SOLN OP (Use <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>)	NP	QL(3 ML por surtido al por menor)
VABYSMO SOLN	P	SP; PA	Descongestionantes oftálmicos		
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos			<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>apraclonidine hcl</i>	P		OPCON-A (Use <i>naphazoline w/ pheniramine</i>)	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P		<i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i> 0.05 %	P	OTC
IOPIDINE	P		VISINE RED EYE COMFORT (Use <i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i>)	NP	OTC
Antiinfecciosos oftálmicos			Terapia génica oftálmica		
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)	LUXTURN A	P	SP; PA
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)	Anestésicos oftálmicos locales		
CILOXAN OINT	P		<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P	
CILOXAN SOLN (Use <i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>)	NP		Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica		
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> SOLN	P		VISUDYNE	P	SP; PA
ERYTHROMYCIN	P		Fotoprotectores oftálmicos		
<i>erythromycin (ophth)</i>	P		PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN	P				
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN OP	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)			

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
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)	ALOCRIL	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) 0.4 %</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
			<i>ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)

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 % (Use <i>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 (Use <i>latanoprost</i>)	NP	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
MEDICAMENTOS ÓTICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades del oído		
Medicamentos óticos - varios		
<i>acetic acid (otic)</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>carbamide peroxide (otic)</i> 6.5 %	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (Use <i>carbamide peroxide (otic)</i>)	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
<i>ofloxacin (otic)</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
CIPRODEX (Use <i>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-chloroxylonol</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
Esteroides óticos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DERMOTIC (Use <i>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)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		
Oxitócicos		
<i>methylergonovine maleate TABS</i>	P	
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia		
Sueros inmunitarios		
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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA	<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP; PA	Combinaciones de penicilinas		
NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
OCTAGAM SOLN	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
PANZYGA	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
PRIVIGEN SOLN	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP	<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
RHOPHYLAC SOSY IJ	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)
XEMBIFY	P	SP; PA	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por surtido al por menor)
Anticuerpos monoclonales			AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
BEYFORTUS	P	SP; PA	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA	Penicilinas resistentes a la penicilinas		
ZINPLAVA	P	SP; PA	<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones			COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
HYQVIA	P	SP; PA	Medicamentos e ingredientes internos		
PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas			SIMPLYTHICK EASY MIX	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA
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				

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
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/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 100 MG	P	QL(30 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/ Límites
<i>progesterone CAPS 200 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 200 MG (<i>Use progesterone</i>)	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
PROMETRIUM CAPS 100 MG (<i>Use progesterone</i>)	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)
PROVERA 5 MG, 10 MG (<i>Use medroxyprogesterone acetate</i>)	NP	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales		
Medicamentos contra la dependencia química		
<i>disulfiram 250 MG</i>	P	
Medicamentos contra la demencia		
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (<i>Use donepezil hydrochloride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (<i>Use rivastigmine</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
<i>galantamine hydrobromide CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>galantamine hydrobromide SOLN</i>	P	QL(6 ML al día)
<i>galantamine hydrobromide TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>memantine hcl SOLN</i>	P	QL(2 ML al día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día); PA
<i>memantine hcl TABS</i>	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TITRATION PAK TABS (<i>Use memantine hcl</i>)	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
NAMENDA TABS (<i>Use memantine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>rivastigmine tartrate CAPS</i>	P	QL(2 cada día); PA
Combinación psicoterapéutica		
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
SAVELLA TABS	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
<i>tetrabenazine</i>	P	SP; PA
XENAZINE (<i>Use tetrabenazine</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
AMPYRA (<i>Use dalfampridine</i>)	NP	SP; PA
AUBAGIO (<i>Use teriflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PREFILLED PSKT	P	SP; PA
BAFIERTAM	P	SP; PA
COPAXONE SOSY (<i>Use glatiramer acetate</i>)	NP	SP
<i>dalfampridine</i>	P	SP; PA
<i>dimethyl fumarate CDPK</i>	P	SP
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
<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/ Límites
PLEGRIDY SOAJ	P	SP; PA
PLEGRIDY SOSY IM	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ	P	SP; PA
REBIF REBIDOSE SOAJ	P	SP; PA
REBIF TITRATION PACK SOSY	P	SP; PA
REBIF SOSY	P	SP; PA
TECFIDERA CDPK (<i>Use dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (<i>Use dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
<i>teriflunomide</i>	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (<i>Use varenicline tartrate</i>)	NP	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (<i>Use nicotine</i>)	NP	QL(1 cada día)
NICORETTE MINI LOZG (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
NICORETTE STARTER KIT GUM (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE GUM (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE LOZG (<i>Use nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
<i>nicotine polacrilex GUM</i>	P	QL(24 cada día)
<i>nicotine polacrilex LOZG</i>	P	QL(20 cada día)
NICOTINE KIT	P	
<i>nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ML al día)
NICOTROL INHA	P	QL(16.8 cada día)
<i>varenicline tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>varenicline tartrate TBPK</i>	P	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
Medicamentos para la amiloidosis por transtiretina		
ONPATTRO	P	SP; PA
TEGSEDI	P	SP; PA
MEDICAMENTOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones pulmonares		
Inhibidor de la alfa-proteinasa (humano)		
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG	P	SP; PA
GLASSIA SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLN	P	SP; PA
PROLASTIN-C SOLR	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	P	PA
ZEMAIRA SOLR 1000 MG	P	SP; PA
Medicamentos contra la fibrosis quística		
BRONCHITOL	P	SP; PA
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	P	SP; PA
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	P	SP; PA
KALYDECO PACK 5.8 MG	P	SP
KALYDECO TABS	P	SP; PA
ORKAMBI PACK	P	SP; PA
ORKAMBI TABS	P	SP; PA
PULMOZYME	P	SP; PA
SYMDEKO	P	SP; PA
TRIKAFTA TBPK	P	QL(3 cada día); SP; PA

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</i> TABS	P	
ESBRIET CAPS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA	<i>liothyronine sodium</i> TABS	P	
ESBRIET TABS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA	NIVA THYROID TABS	P	
<i>pirfenidone</i> CAPS	P	SP; PA	NP THYROID TABS	P	
<i>pirfenidone</i> TABS	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)</i> CAPS 50 MG, 100 MG	P		TOXOIDES		
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50 MG, 100 MG	P		Combinaciones de toxoides		
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS	P		ADACEL SUSP	P	
<i>doxycycline hyclate</i> TABS 100 MG	P		BOOSTRIX SUSP	P	
<i>minocycline hcl</i> CAPS	P		BOOSTRIX SUSY	P	
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 500 MG	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</i> TABS	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</i> CAPS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ 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>	P		<i>esomeprazole magnesium CPDR 20 MG</i>	P	QL(2 cada día); RX/OTC
<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	NP		<i>lansoprazole CPDR 30 MG</i>	P	
LEVBIID 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 SUSR</i>	P				
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/OTC			
<i>famotidine TABS 10 MG</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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>omeprazole magnesium TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>omeprazole CPDR</i>	P	QL(2 cada día)	<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>pantoprazole sodium TBEC 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
PREVACID 24HR CPDR (Use <i>lansoprazole</i>)	NP	QL(4 cada día); RX/OTC	<i>trospium chloride TABS</i>	P	QL(2 cada día)
PREVACID CPDR 30 MG (Use <i>lansoprazole</i>)	NP		Antiespasmódicos urinarios - agonistas colinérgicos		
PRILOSEC OTC TBEC (Use <i>omeprazole magnesium</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>bethanechol chloride</i>	P	
PROTONIX TBEC 20 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)	Antiespasmódicos urinarios - relajantes musculares directos		
PROTONIX TBEC 40 MG (Use <i>pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>flavoxate hcl</i>	P	
VOQUEZNA	NP		VACUNAS		
Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas			Vacunas bacterianas		
CYTOTEC (Use <i>misoprostol</i>)	NP		ACTHIB SOLR IM	P	
<i>misoprostol</i>	P		BCG VACCINE	P	
Combinaciones terapéuticas antiulcerosas			BEXSERO 0.5 ML	P	
<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máx. de 14 días cada 365 días de venta al por menor	BIOTHRAX	P	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga			HIBERIX SOLR IJ	P	
Antiespasmódicos urinarios - Estimuscarfínicos (anticolinérgicos)			MENACTRA	P	
DETROL LA CP24 (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)	MENQUADFI 0.5 ML	P	
DETROL TABS (Use <i>tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día)	MENVEO SOLN	P	
DITROPAN XL TB24 5 MG (Use <i>oxybutynin chloride</i>)	NP	QL(2 cada día)	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		

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
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	
DENGVAIXA	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 IM 720 EL U/0.5ML	P	
FLUAD QUADRIVALENT	P		HAVRIX 1440 EL U/ML	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		IPOLE	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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP	P		SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL (Al 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		PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
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 2 %</i>	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
PROQUAD SUSR	P		<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	OTC; QL(45 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/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>miconazole nitrate vaginal KIT</i>	P		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 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)	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 100 MG</i>	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)	<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 COMBINATION PACK KIT (Use <i>miconazole nitrate vaginal</i>)	NP		<i>epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML</i>	P	QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 días de venta al por menor)
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 125 MCG, 5000 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>estradiol vaginal TABS</i>	P		<i>cholecalciferol CAPS</i>	P	OTC; QL(100 por surtido 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					

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 50000 UNIT</i>	P	OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)	<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, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 cada día)			
<i>vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT</i>	P	OTC; 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

ÍNDICE

abacavir sulfate SOLN _____	37	acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG _____	5	acyclovir topical CREA _____	51
abacavir sulfate TABS _____	37	acetaminophen w/ codeine SOLN _	7	acyclovir topical OINT _____	51
abacavir sulfate-lamivudine _____	37	acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____	7	ADACEL SUSP _____	92
ABECMA _____	31	acetazolamide CP12 _____	57	ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 3	.
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	37	acetazolamide TABS _____	57	ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT 3	.
ABILIFY MAINTENA SRER _____	37	acetic acid (otic) _____	87	ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ABILIFY TABS (Use aripiprazole) .	37	acetylcysteine SOLN _____	48	ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML _____	3
abiraterone acetate _____	31	ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles) _____	34	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ABRYSVO _____	95	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADB (2 PEN) AJKT 3	
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____	48	ACTHIB SOLR IM _____	94	ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML _____	3
ACAM2000 _____	95	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML _	34	ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP .	55	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	60	ADALIMUMAB-ADB (CD/UC/HS STRT) AJKT _____	3
ACCUPRIL (Use quinapril hcl) _____	24	ACTIVITY POUCH MISC _____	70	ADALIMUMAB-ADB (PS/UV STARTER) AJKT _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	25	ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium) _____	58	ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT 3	
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	25	ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl) _____	18	ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC _____	70	ACTOS (Use pioglitazone hcl) _____	20	ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT _____	3
acebutolol hcl CAPS _____	41	ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	86	ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	70
acetaminophen CHEW _____	5	ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	86	ADBRY SOSY _____	53
acetaminophen ELIX _____	5	acyclovir CAPS _____	40	ADCETRIS _____	30
acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .	5	acyclovir SUSP _____	40	ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____	43
acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	acyclovir TABS PO 400 MG _____	40		
acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG _____	5	acyclovir TABS PO 800 MG _____	40		
acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML _____	5				

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	ALOCRIAL _____ 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- 125 MG/5ML _____	88
AQUORAL SOLN _____	78	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG _____	6	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)	88
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	91	ASSESS PEAK FLOW METER _____	70	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE _____	69
ARAVA (Use leflunomide) _____	5	ASSURE ID DUO PRO PEN 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 cilexetil) _____	25	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML _____	97
AREXVY _____	95	ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____	25	AVALIDE (Use irbesartan- hydrochlorothiazide) _____	25
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) _____	90	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG _____	37	AVAPRO 150 MG, 300 MG (Use irbesartan) _____	25
ARIKAYCE _____	2	atazanavir sulfate CAPS 300 MG _____	37	AVEED SOLN _____	8
ARIMIDEX (Use anastrozole) _____	31	ATELVIA TBEC (Use risedronate 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 norethindrone acetate) _____	89
ARISTADA _____	37	ATIVAN TABS (Use lorazepam) _____	9	AYVAKIT _____	32
ARISTADA INITIO _____	37	atomoxetine hcl _____	1	azacitidine SUSR _____	29
ARIXTRA (Use fondaparinux 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 _____	77
ARNUITY ELLIPTA _____	10	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN _____	84	AZEDRA DOSIMETRIC _____	34
AROMASIN (Use exemestane) _____	31	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (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 MCG/SPRAY _____	82
ascorbic acid TABS _____	98	AUBAGIO (Use teriflunomide) _____	90	azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	82
ASMANEX HFA AERO _____	11	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use		azithromycin PACK _____	67
ASPARLAS _____	34				
aspirin buffered (cal carb-mag carb- 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 _____ 68	BAVENCIO _____ 30	BENLYSTA SOAJ _____ 77
azithromycin TABS 500 MG _____ 67	BCG VACCINE _____ 94	BENLYSTA SOLR _____ 77
azithromycin TABS 600 MG _____ 67	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 _____ 49
B-1 TABS _____ 98	BELEODAQ _____ 32	benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 %49
BABY DDROPS LIQD PO (Use cholecalciferol) _____ 97	BELRAPZO SOLN _____ 29	benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 %49
bacitracin (ophthalmic) _____ 85	BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____ 22	benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 % 49
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/afib)) _____	41	BIVIGAM SOLN _____	87	bromocriptine mesylate CAPS ____	35
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) _____	41	BLINCYTO _____	30	bromocriptine mesylate TABS 2.5 MG _____	35
betaxolol hcl (ophth) SOLN _____	84	BLOOD GLUCOSE TIRAS REACTIVAS 333 STRP _____	55	brompheniramine & phenyleph ELIX . 46	
bethanechol chloride _____	94	BLULINK GLUCOSE TEST STRP .55		brompheniramine & pseudoeph ELIX 46	
BETHKIS NEBU (Use tobramycin) . 2		BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML 58		brompheniramine & pseudoeph LIQD 15 MG/5ML-1 MG/5ML _____	46
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML . 85		BOOSTRIX SUSP _____	92	BRONCHITOL _____	91
BEVACIZUMAB IZ _____	85	BOOSTRIX SUSY _____	92	BRONCHITOL TOLERANCE TEST . 91	
bexarotene (topical) _____	50	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG _____	32	BRUKINSA _____	32
bexarotene _____	34	bortezomib SOLR IJ _____	32	BUBBLES THE FISH II PEDI MASK MISC _____	71
BEXSERO 0.5 ML _____	94	bosentan TABS _____	43	budesonide (inhalation) SUSP ____	11
BEYFORTUS _____	88	BOSULIF TABS _____	32	budesonide-formoterol fumarate dihydrate _____	11
bicalutamide _____	31	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO _____	81	budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____	11
BIKTARVY _____	37	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE SOLN _____	80	budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT _____	11
BI-MIX SOLR _____	42	BRAFTOVI 75 MG _____	32	BUFFERIN (Use aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	55	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC _____	70	bumetanide TABS _____	57
BIOLYTE SOLN _____	75	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC _____	70	BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide) _____	57
BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT _____	68	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	70	BUPHENYL POWD (Use sodium phenylbutyrate) _____	59
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY SOLN _____	78	BREYANZI _____	31	BUPHENYL TABS (Use sodium phenylbutyrate) _____	59
BIOTHRAX _____	94	BRIDION SOLN _____	21	BUPRENEX SOLN (Use buprenorphine hcl) _____	7
bisacodyl SUPP _____	67	BRILINTA 60 MG, 90 MG (Use ticagrelor) _____	64		
bisacodyl TBEC _____	67	brimonidine tartrate 0.2 % _____	85		
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	20	BRINEURA _____	59		
bismuth subsalicylate SUSP 525 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 _____	8	CABLIVI _____	64	camphor & menthol LOTN _____	50
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____	7	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 _____	51	CAPHOSOL SOLN _____	78
bupropion hcl TB12 200 MG _____	15	calcipotriene SOLN _____	51	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) _____	54
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 _____ 44
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 MASK WIPES MISC _____ 71	cefdinir CAPS _____ 44	cetirizine-pseudoephedrine _____ 46
CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC _____ 71	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 _____	98	ciprofloxacin hcl TABS 100 MG ____	61	CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	28
cholecalciferol CAPS 125 MCG, 5000 UNIT _____	97	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 _____	50	colestipol hcl GRAN _____	23
clindamycin hcl 150 MG, 300 MG _____	28	clotrimazole (topical) SOLN _____	50	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 _____	50	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		
		COLCRYS 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) _____	14	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 _____ 46	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 _____ 47	diazepam (anticonvulsant) GEL ____ 12
dexamethasone ELIX _____ 45	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____ 47	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 _____ 10
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 NA 4 MG/ML _____ 74	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG _____ 66	divalproex sodium TBEC 250 MG .15
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended) _____ 14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG _____ 66	divalproex sodium TBEC 500 MG .15
DILANTIN _____ 14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____ 66	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel) _____ 34
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin) _____ 14	diphenhydramine hcl CAPS _____ 22	docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34
DILANTIN SUSP (Use phenytoin) .14	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML _____ 22	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin) _____ 14	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML 22	DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel) 34
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____ 6	diphenhydramine hcl TABS 25 MG 22	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML _____ 34
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl) _____ 6	diphenoxylate w/ atropine LIQD ____ 20	docetaxel SOLN _____ 34
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG _____ 42	diphenoxylate w/ atropine TABS ____ 20	DOCIVYX SOLN _____ 34
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG _____ 42	dipyridamole _____ 64	docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG _____ 67
diltiazem hcl CP12 _____ 42	disopyramide phosphate CAPS ____ 10	docusate sodium CAPS 50 MG ____ 67
diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG . 42	DISPOSABLE FULL RANGE MISC 71	docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML _____ 67
diltiazem hcl CP24 240 MG _____ 42	DISPOSABLE LOW RANGE MISC 71	DOCUSATE SODIUM SYRP ____ 67
diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG _____ 42	DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC _____ 71	docusate sodium TABS _____ 67
diltiazem hcl extended release beads 240 MG _____ 42	DISPOSABLE PAPER MISC ____ 71	dofetilide _____ 10
diltiazem hcl TABS _____ 42	DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC _____ 71	DOJOLVI _____ 84
dimenhydrinate TABS _____ 21	disulfiram 250 MG _____ 90	DOLOBID TABS _____ 6
dimethyl fumarate CDPK _____ 90	DITROPAN XL TB24 5 MG (Use oxybutynin chloride) _____ 94	donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG _____ 90
dimethyl fumarate CPDR _____ 90	divalproex sodium CSDR _____ 15	dorzolamide hcl _____ 86
DIOVAN HCT (Use valsartan- 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 84
	divalproex sodium TBEC 125 MG .15	dorzolamide hcl-timolol maleate84
		DOVATO _____ 38

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

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

escitalopram oxalate TABS 5 MG . 16	EULEXIN _____ 31	ezetimibe-simvastatin _____ 23
ESGIC TABS (Use butalbital- acetaminophen-cafeine) _____ 5	EVAC POWD (Use psyllium) _____ 66	famciclovir _____ 40
esomeprazole magnesium CPDR 20 MG _____ 93	EVENITY _____ 58	famotidine SUSR _____ 93
ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT 63	everolimus TABS _____ 32	famotidine TABS 10 MG _____ 93
ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal) _____ 97	everolimus TBSO _____ 32	famotidine TABS 20 MG, 40 MG _ 93
ESTRACE TABS (Use estradiol) _ 61	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER _____ 68	FARESTON (Use toremifene citrate)31
estradiol & norethindrone acetate TABS _____ 60	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER68	FARXIGA (Use dapagliflozin propanediol) _____ 20
estradiol PTTW _____ 61	EVISTA (Use raloxifene hcl) ____ 59	FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____ 56
estradiol PTWK _____ 61	EVKEEZA _____ 23	FEIBA _____ 63
estradiol TABS _____ 61	EVOMELA IV _____ 29	felbamate SUSP _____ 14
estradiol vaginal CREA _____ 97	EVRYSDI _____ 83	felbamate TABS _____ 14
estradiol vaginal TABS _____ 97	EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) ____ 90	FELBATOL SUSP (Use felbamate) 14
ESTROFACTORS TABS _____ 79	exemestane _____ 31	FELBATOL TABS (Use felbamate) 14
ethambutol hcl TABS _____ 28	exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML .19	FELDENE CAPS (Use piroxicam) _ 4
ethosuximide CAPS _____ 14	exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML _ 19	felodipine _____ 42
ethosuximide SOLN _____ 14	EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan) _____ 26	FEMARA (Use letrozole) _____ 31
ethynodiol diacet & eth estrad ____ 44	EXFORGE HCT (Use amlodipine- valsartan-hydrochlorothiazide) ____ 26	fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG _____ 24
etodolac CAPS _____ 4	EXJADE TBSO (Use deferasirox) .21	fenofibrate micronized 67 MG ____ 24
etodolac TABS _____ 4	EXKIVITY _____ 31	fenofibrate TABS 160 MG _____ 24
etonogestrel-ethinyl estradiol ____ 45	EXONDYS 51 _____ 83	fenofibrate TABS 54 MG _____ 24
etoposide CAPS _____ 35	EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC . 71	FENOGLIDE TABS (Use fenofibrate) 24
etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML _____ 35	EXSERVAN FILM _____ 83	fenoprofen calcium CAPS 400 MG_ 4
etravirine 100 MG _____ 38	EYLEA HD SOLN _____ 85	FENSOLVI (6 MONTH) SC _____ 59
etravirine 200 MG _____ 38	EYLEA SOLN _____ 85	fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____ 6
EUFLEXXA SOSY _____ 81	EYLEA SOSY _____ 85	
	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
fluocinolone acetonide OIL _____ 52	fluticasone propionate OINT _____ 52	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST
fluocinonide CREA 0.05 % _____ 52	fluticasone-salmeterol AEPB 100	56
fluocinonide emulsified base _____ 52	MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250	FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6
fluocinonide GEL _____ 52	MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500	CON _____ 56
fluocinonide OINT _____ 52	MCG/ACT-50 MCG/ACT _____ 11	FORA TN'G ADVANCE PRO STRP
fluocinonide SOLN _____ 52	fluvoxamine maleate TABS 100 MG .	56
fluorometholone (ophth) SUSP _____ 86	16	formaldehyde SOLN 10 % _____ 37
fluorouracil (topical) CREA 0.5 % . 50	fluvoxamine maleate TABS 25 MG,	FORTEO SOPN (Use teriparatide) 58
fluorouracil (topical) CREA 5 % _____ 50	50 MG _____ 16	FORTISCARE G1 TEST STRIP
fluorouracil (topical) SOLN _____ 50	FLUZONE HIGH-DOSE	STRP _____ 56
fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG .	QUADRIVALENT _____ 95	FOSAMAX TABS 70 MG (Use
16	FLUZONE HIGH-DOSE SUSY _____ 95	alendronate sodium) _____ 58
fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____ 16	FLUZONE QUADRIVALENT SUSP .	fosamprenavir calcium TABS _____ 38
fluoxetine hcl SOLN _____ 16	95	fosinopril sodium &
fluoxetine hcl TABS 10 MG _____ 16	FLUZONE QUADRIVALENT SUSY .	hydrochlorothiazide _____ 26
fluoxetine hcl TABS 20 MG _____ 16	95	fosinopril sodium _____ 24
fluphenazine decanoate _____ 37	FLUZONE SUSP _____ 95	FOTIVDA _____ 33
fluphenazine hcl TABS _____ 37	FLUZONE SUSY _____ 95	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML,
flurazepam hcl _____ 66	FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE	95000 UNIT/3.8ML _____ 12
flurbiprofen sodium _____ 86	MISC _____ 71	FRAGMIN SOSY _____ 12
flurbiprofen TABS _____ 4	FML LIQUIFILM SUSP (Use	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
fluticasone propionate (inhalation)	fluorometholone (ophth)) _____ 86	READER _____ 68
AEPB _____ 11	FOCALIN TABS (Use	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
fluticasone propionate (nasal) SUSP .	dexmethylphenidate hcl) _____ 1	SENSOR _____ 68
82	FOLCYTEINE TABS _____ 79	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS
	folic acid TABS 1 MG _____ 65	SENSOR _____ 69
	folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG .	FREESTYLE LIBRE 2 READER . 69
	65	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR . 69
	FOLLISTIM AQ SC 300	

FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR _____ 69	GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____ 87	GIMOTI SOLN NA _____ 61
FREESTYLE LIBRE 3 READER . 69	GAMMAPLEX SOLN _____ 87	ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG _____ 2
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR . 69	GAMUNEX-C _____ 87	GLASSIA SOLN _____ 91
FREESTYLE LIBRE READER ____ 69	GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____ 58	glatiramer acetate SOSY _____ 90
FREESTYLE LITE KIT _____ 69	ganirelix acetate _____ 58	GLEEVEC TABS (Use imatinib 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 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 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 KIT _____ 56	GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide) _____ 20
GABITRIL (Use tiagabine hcl) ____ 14	GENERESS FE (Use norethindrone & ethinyl estradiol-fe) _____ 44	GLUMETZA TB24 (Use metformin hcl) _____ 18
GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) 81	GENICIN VITA-Q TABS _____ 79	glutamine (sickle cell) _____ 64
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML ____ 81	gentamicin sulfate (ophth) SOLN _ 85	glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 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 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 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 _____	18	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 REDIRECT 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 _____	21	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 MG93
HYALGAN SOSY _____	81	hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 52	hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG93
HYCAMPIN CAPS _____	35	hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 52	hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG . 93
HYCAMPIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	35	hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 52	hyoscyamine sulfate TDBP 0.125 MG93
HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylobromide) _____	46	hydrocortisone (topical) OINT 1 % , 2.5 %52	HYPERHEP B SOLN IM _____ 87
hydralazine hcl TABS _____	27	hydrocortisone butyrate SOLN ____ 52	HYPERRHO S/D SOSY IM 1500 UNIT _____ 87
HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN _____	75	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____ 52	HYPERRHO S/D SOSY IM 250 UNIT88
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 MG _____	57	HYDROMORPHONE HCL SUPP _ 6	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ _____ 3
hydrocodone bitartrate-homatropine methylobromide SOLN _____	46	hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG _____ 6	HYRONAN KIT _____ 81
hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	7	hydromorphone hcl TABS 8 MG ____ 6	HY-VEE GLUCOSE _____ 18
hydrocodone-acetaminophen SOLN 325 MG/15ML-10 MG/15ML _____	7	hydroxychloroquine sulfate 200 MG . 28	HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 26
hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic) _____ 31	ibandronate sodium SOLN _____ 58
HYDROCORT LOTION COMPLETE 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 % . 52		HYMOVIS _____ 81	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 1 % .		hyoscyamine sulfate ELIX _____ 93	ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4
		HYOSCYAMINE SULFATE POWD . 93	ibuprofen TABS 200 MG _____ 4
		hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML _____ 93	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 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 . 58		INTELENCE 100 MG (Use etravirine)	38
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP _____	56	INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____	41	INTELENCE 200 MG (Use etravirine)	38
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	INTELENCE 25 MG _____	38
ILARIS SOLN _____	4	INDOCIN SUSP (Use indomethacin) . 4		INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56
ILUMYA _____	51			INTUNIV (Use guanfacine hcl (adhd)) _____	1
ILUVIEN _____	86	indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4		INVANZ IJ (Use ertapenem sodium) .. 27	
imatinib mesylate TABS _____	33	INDOMETHACIN SODIUM _____	4	INVEGA HAFYERA _____	36
IMBRUVICA CAPS _____	33	indomethacin SUPP _____	4	INVEGA SUSTENNA _____	36
IMBRUVICA TABS _____	33	indomethacin SUSP _____	4	INVEGA TRINZA _____	36
IMFINZI _____	30	INFANRIX _____	92	IOPIDINE _____	85
imipramine hcl TABS _____	17	INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____	4	IPOL _____	95
imiquimod 5 % _____	53			ipratropium bromide (nasal) 0.03 % . 82	
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____	74	INLYTA _____	30	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % . 82	
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	74	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____	71	ipratropium bromide SOLN 0.02 % 10	
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	74	INQOVI _____	32	ipratropium-albuterol SOLN _____	11
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____	74	INREBIC _____	33	irbesartan _____	25
IMLYGIC _____	35	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 19		irbesartan-hydrochlorothiazide ____	26
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____	20	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 19		IRESSA (Use gefitinib) _____	31
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____	20	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN _____	19	irinotecan hcl _____	35
		INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	19	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW . 65	
		INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN _____	19	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 (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS HD TABS _____	38	JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	24	KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS PACK _____	38	JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (Use tolvaptan) _____	60	KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13
ISENTRESS TABS _____	38	JYNARQUE TBPK 15 MG (Use tolvaptan) _____	60	KERALYT GEL (Use salicylic acid) 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 (Use isosorbide dinitrate) _____	9	KALETRA SOLN _____	38	ketoconazole (topical) SHAM 2 %	.50
isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	9	KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	KETONE TEST STRP _____	56
isosorbide mononitrate TABS _____	9	KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	86
ISOSORBIDE MONONITRATE TABS _____	9	KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	91	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	86
isosorbide mononitrate TB24 _____	9	KALYDECO PACK 5.8 MG _____	91	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4
isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	49	KALYDECO TABS _____	91	KETOROLAC TROMETHAMINE 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 (adhd)) _____	1	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %	87
itraconazole CAPS _____	22	KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	KEVEYIS (Use dichlorphenamide) 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 deferasirox) _____	21	KEPIVANCE 6.25 MG _____	34	KIMMTRAK _____	30
JADENU TABS (Use deferasirox) _____	21	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use 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
letrozole _____	31	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) 0.03 MG-0.15 MG _____	44	lisdexamfetamine dimesylate CHEW 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
levabuterol tartrate _____	11	LEXIVA SUSP _____	38	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC 71	
LEVBID TB12 (Use hyoscyamine sulfate) _____	93	LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium) _____	38	LITETOUCH MASK SMALL MISC	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	
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) _____	24	LUXTURNA _____	85	MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	74
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____	25	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	mercaptopurine SUSP 2000 MG/100ML _____	29		methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG _____ 81
mefloquine hcl _____	28	mercaptopurine 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	metirosine ____ 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 MG26	miconazole nitrate vaginal KIT97	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 METER72	MODERNA COVID-19 BIVAL 6M-5Y95
		MODERNA COVID-19 BIVALENT 95

MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP _____ 96	MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen) _____ 4	 80
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY _____ 96	MOUTH KOTE REMINT SOLN ____ 78	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____ 81
MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____ 96	MOUTH KOTE SOLN _____ 78	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN _____ 81
MOI-STIR SOLN _____ 78	moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP 85	MULTIVITAMIN TABS _____ 79
molindone hcl _____ 37	MOZOBIL (Use plerixafor) _____ 65	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG _____ 80
mometasone furoate CREA _____ 53	MS CONTIN TBCR (Use morphine sulfate) _____ 6	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG _____ 80
mometasone furoate OINT _____ 53	MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) . 47	MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN 80
mometasone furoate SOLN _____ 53	MUCINEX D TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) _____ 47	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG _____ 80
MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) . 97	MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) ____ 47	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG_ 80
MONISTAT 3 CREA _____ 97	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin) _____ 48	mupirocin calcium (topical) _____ 49
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _ 97	MUCINEX TB12 (Use guaifenesin) 48	mupirocin OINT _____ 49
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF (Use hydrocortisone vaginal) 97	MULPLETA _____ 65	MVASI _____ 30
MONJUVI _____ 30	MULTI VITAMIN TABS _____ 79	MX-SOL BLEND SF SUSP _____ 89
MONOVISC _____ 81	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS ____ 79	MX-SOL BLEND SUSP _____ 89
montelukast sodium CHEW _____ 10	multiple vitamin TABS _____ 79	MX-SOL SF SYRP _____ 89
montelukast sodium PACK _____ 10	multiple vitamins w/ iron TABS ____ 79	MX-SOL SUSPEND SUSP _____ 89
montelukast sodium TABS _____ 10	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____ 79	MX-SOL SYRP _____ 89
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____ 6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____ 79	MYALEPT _____ 59
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____ 6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG _____ 80	MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____ 28
morphine sulfate SUPP _____ 6	MULTIVITAMIN + FLUORIDE CHEW 0.5 MG _____ 80	MYCOBUTIN (Use rifabutin) ____ 29
morphine sulfate TABS _____ 6	MULTIVITAMIN ADULT TABS ____ 79	mycophenolate mofetil CAPS ____ 77
morphine sulfate TBCR _____ 6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	mycophenolate mofetil SUSR ____ 77
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____ 4		mycophenolate mofetil TABS ____ 77
		mycophenolate sodium _____ 77
		MYDRIACYL SOLN (Use 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) .	15	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	NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal)) _____	82	NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) _____	5
nabumetone _____	4	nateglinide _____	20	NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	77
nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG _____	41	NATROBA (Use spinosad) ____	54	NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	77
NAGLAZYME _____	59	NATURAL FIBER LAXATIVE POWD .	66	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) ____	49
NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____	4	NAYZILAM _____	12	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) _____	49
naloxone hcl LIQD _____	21	NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS MISC _____	72	NERLYNX _____	33
naloxone hcl SOCT _____	21	NEBULIZER MASK ADULT MISC .	72	NESINA (Use alogliptin benzoate) .	19
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____	21	NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC _____	72	NEUPOGEN SOLN _____	65
naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML ____	21	NEBULIZER MASK CHILD MISC .	72	NEUPOGEN SOSY _____	65
naltrexone hcl _____	21	NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC _____	72	NEURONTIN CAPS (Use gabapentin) _____	13
NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____	90	nefazodone hcl _____	17	NEURONTIN SOLN (Use gabapentin) _____	13
NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl) _____	90	NEOMULTIVITE TABS _____	79	NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin) _____	13
naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 % _____	85	neomycin sulfate TABS _____	2	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	13
NAPROSYN SUSP (Use naproxen) 5		neomycin-bacitracin zn-polymyxin	85	nevirapine SUSP _____	39
NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____	5	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT .	49	nevirapine TABS _____	39
naproxen sodium TABS 220 MG ____	5	neomycin-polymy-dexameth OINT	86	nevirapine TB24 100 MG _____	39
naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 % _____	86	nevirapine TB24 400 MG _____	39
naproxen SUSP _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine .	49		
naproxen TABS _____	5				

NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) . 33	NICOTROL NS SOLN _____ 91	norethindrone & eth estradiol ____ 44
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _ 93	nifedipine CAPS _____ 42	norethindrone & ethinyl estradiol-fe 44
NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____ 93	nifedipine TB24 30 MG, 90 MG __ 42	norethindrone (contraceptive) _____ 45
NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____ 93	nifedipine TB24 60 MG _____ 42	norethindrone acet & eth estra TABS 44
NEXVIAZYME _____ 59	nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG 33	norethindrone acetate TABS _____ 89
niacin (antihyperlipidemic) TABS _ 24	NINLARO _____ 33	norethindrone acetate-ethinyl estradiol _____ 60
niacin (antihyperlipidemic) TBCR . 24	nitisinone CAPS _____ 59	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe _____ 44
niacin CPCR 250 MG, 500 MG __ 98	NITRO-BID OINT _____ 9	norethindrone-eth estradiol (triphasic) 44
NIACIN ER CPCR _____ 98	NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin) 9	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____ 44
NIACIN ER TBCR _____ 98	nitrofurantoin _____ 28	norgestimate-ethinyl estradiol ____ 44
niacin TABS 500 MG _____ 98	nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG _____ 28	norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____ 44
niacin TBCR _____ 98	nitrofurantoin monohyd macro ____ 28	NORPACE CAPS (Use disopyramide phosphate) _____ 10
nicardipine hcl CAPS _____ 42	nitroglycerin CPCR _____ 9	NORPACE CR CP12 150 MG ____ 10
NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____ 91	nitroglycerin PT24 _____ 9	NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl) _____ 17
NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____ 91	nitroglycerin SUBL _____ 9	NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl) _____ 17
NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____ 91	NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____ 9	NORTHERA (Use droxidopa) ____ 97
NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____ 91	NITYR TABS _____ 59	nortriptyline hcl CAPS _____ 17
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____ 91	NIVA THYROID TABS _____ 92	nortriptyline hcl SOLN _____ 17
NICOTINE KIT _____ 91	NIVESTYM SOLN _____ 65	NORVASC TABS (Use amlodipine besylate) _____ 42
nicotine polacrilex GUM _____ 91	NIVESTYM SOSY _____ 65	NORVIR CAPS _____ 39
nicotine polacrilex LOZG _____ 91	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____ 54	NORVIR TABS (Use ritonavir) ____ 39
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 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 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 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 SUSP _____	96	nystatin (topical) OINT _____	50	olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide _____	26
NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY _____	96	nystatin (topical) POWD EX _____	50	olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide _____	26
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20	nystatin TABS _____	22	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	72
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	20	nystatin-triamcinolone CREA _____	50	omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 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 SUPN _____	20	OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED _____	55	OMEPRAZOLE 20MG TABLET _	93
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN _	20	OASIS WOUND MATRIX 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 KIT _____	56
NOVOLIN R SOLN IJ _____	20	octreotide acetate KIT _____	60	ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT _____	56
NOVOSEVEN RT _____	63	octreotide acetate SOLN _____	60	ONCASPAR _____	34
NP THYROID TABS _____	92	OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth)) 85		ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML _____	21
NUBEQA _____	31	ODEFSEY _____	39	ondansetron hcl TABS 24 MG _	21
NULIBRY _____	59	ODOMZO _____	31	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG 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- 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 TEST KIT _____	56		
NYSTATIN (Use nystatin (mouth- throat)) _____		olanzapine TABS 15 MG, 20 MG .	36		

ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	79	ORAL RELIEF SPRAY SOLN _____	78	OTEZLA TABS _____	5
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	79	ORAL SUSPEND LIQD _____	89	OTEZLA TBPB _____	5
ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	79	ORAL SYRUP SF SYRP _____	89	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 _____	3
ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	69	ORAL SYRUP SYRP _____	89	OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML _	62
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP _____	56	ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD _____	89	OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	51
ONETOUCH ULTRA STRP _____	56	ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD _____	89	OVACE PLUS WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	51
ONETOUCH ULTRA TEST STRP _____	56	ORA-PLUS LIQD _____	89	OVACE WASH LIQD (Use sulfacetamide sodium) _____	51
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT _____	69	ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	89	OVIDE (Use malathion) _____	54
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	69	ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %	89	OVIDREL SOSY _____	58
ONETOUCH VERIO STRP _____	56	ORENCIA CLICKJECT SOAJ _____	5	OXAYDO TABS 5 MG _____	6
ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC _____	72	ORENCIA SOLR _____	5	oxazepam CAPS _____	10
ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC _____	72	ORENCIA SOSY _____	5	OXBRYTA TABS 500 MG _____	64
ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _	19	ORENITRAM TBCR _____	43	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/ 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 .	40	oxycodone hcl SOLN _____	7
oral electrolytes SOLN _____	75	oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG _____	40	oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 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 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG (Use alogliptin-pioglitazone) _____	18	oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG _____	7
		OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS _____	55	oxycodone w/ acetaminophen SOLN .	

7	MISC _____	72	hcl) _____	16	
oxycodone w/ acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____	7	PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC _____	72	PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl) _____	16
OXYCONTIN T12A _____	7	PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI _____	72	PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl) _____	16
oyster shell _____	75	PARI MASK SET MISC _____	72	PAXLOVID (150/100) _____	40
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS 500 MG-200 UNIT _____	75	PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC _____	72	PAXLOVID (300/100) _____	40
OZURDEX IMPL _____	86	PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC _____	72	pazopanib hcl _____	33
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART _____	35	PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC _____	72	PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN _____	81
paclitaxel protein-bound particles	.35	PARI VORTEX ADULT MASK _____	72	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	81
PADCEV _____	30	PARI VORTEX PEDIATRIC MASK 72		PCCA SWEET-SF SYRP _____	89
PALYNZIQ _____	60			PCCA SYRUP VEHICLE SYRP _____	89
PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl) _____	17	paricalcitol SOLN _____	60	PCCA-PLUS SUSP _____	89
pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML _____	58	PARLODEL CAPS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK A-I-R FLOW METER _____	72
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN . 58		PARLODEL TABS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK AIR PEAK FLOW METER	.72
PANDA MASK LARGE _____	72	PARNATE (Use tranlylcypromine sulfate) _____	15	PEAK FLOW METER UNIVERSAL 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 SOLN (Use oral electrolytes) _____	76
pantoprazole sodium TBEC 20 MG . 94		paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG .. 16		PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____	76
pantoprazole sodium TBEC 40 MG . 94		paroxetine hcl TB24 _____	16	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN _____	76
PANZYGA _____	88	PARSABIV _____	60	PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____	76
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC _____	72	PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG _____	75	PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	76
PARI BABY CONVERSION KIT MISC _____	72	PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)	16	PEDIAPRED SOLN (Use 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)) 78	desvenlafaxine succinate)_____	17	
prednisolone acetate (ophth) ____	86	PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) ____	78	PRIVIGEN SOLN _____	88
PREDNISOLONE ACETATE P-F .	86	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	78	PROAIR RESPICLICK AEPB ____	11
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____	86	PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____	78	probenecid _____	63
prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML _____	45	PREVIDENT GEL (Use sodium fluoride (dental)) _____	78	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine) _____	42
prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML ____	45	PREVNAR 13 _____	94	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine) _____	42
prednisolone SOLN _____	45	PREVNAR 20 _____	94	prochlorperazine _____	37
prednisolone TABS _____	45	PREVYMIS SOLN _____	40	prochlorperazine maleate TABS __	37
PREDNISONE INTENSOL CONC .	46	PREVYMIS TABS _____	40	PROCYSBI CPDR _____	62
prednisone SOLN _____	46	PREZCOBIX _____	39	PROCYSBI PACK _____	62
prednisone TABS _____	46	PREZISTA SUSP _____	39	PROFILNINE _____	63
prednisone TBPk _____	46	PREZISTA TABS 150 MG _____	39	progesterone CAPS 100 MG ____	89
PREGNYL IM _____	58	PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____	39	progesterone CAPS 200 MG ____	90
PREHEVBRIO _____	96	PREZISTA TABS 75 MG _____	39	PROGRAF CAPS (Use tacrolimus) 77	
PREMARIN _____	97	PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____	39	PROGRAF PACK _____	77
PREMARIN TABS _____	61	PRIALT _____	6	PROLASTIN-C SOLN _____	91
PREMPHASE _____	60	PRILOSEC OTC TBEC (Use omeprazole magnesium) _____	94	PROLASTIN-C SOLR _____	91
PREMPRO _____	60	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate) ____	28	PROLEUKIN _____	34
PRENATAL VITAMINS-MISC ____	81	primaquine phosphate TABS ____	28	PROLIA SOSY _____	58
PREPARATION H EX 1 % _____	8	primidone _____	13	promethazine & phenylephrine SYRP	47
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 % _____	8	PRIORIX SUSR _____	96	PROMETHAZINE HCL POWD ____	44
PREVACID 24HR CPDR (Use lansoprazole) _____	94	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) _____	17	promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML _____	23
PREVACID CPDR 30 MG (Use lansoprazole) _____	94	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use		promethazine hcl SUPP _____	23
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (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-codeine47	pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .48	%-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____ 55
PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone) _____ 90	pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____ 48	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____ 55
PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone) _____ 90	pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG _____ 48	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 %55
PRONEB ULTRA FILTER SET MISC73	pseudoephedrine-ibuprofen TABS 48	PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl) _____ 63
propafenone hcl TABS10	psyllium CAPS 0.52 GM _____ 66	pyridostigmine bromide TABS 60 MG28
propranolol hcl CP2441	psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 48.57 %, 58.6 %, 100 %66	pyridostigmine bromide TBCR28
propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML _____ 41	psyllium POWD 43 % _____ 66	pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____ 98
propranolol hcl TABS _____ 41	PTS PANELS EGLU TEST STRP .57	pyrimethamine _____ 28
propylthiouracil _____ 92	PULMICORT SUSP (Use 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 ADULT _____ 73	PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML51
PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 94	PURE COMFORT FLOW METER CHILD _____ 73	QC CALCIUM 500MG-D3 TABS _ 75
PROTONIX TBEC 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____ 94	PURE COMFORT PEAK FLOW MISC _____ 73	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____ 48
PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 11	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____ 70	QINLOCK _____ 33
PROVERA 5 MG, 10 MG (Use medroxyprogesterone acetate) ____ 90	PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (Use mercaptopurine) _____ 30	QUADRACEL SUSP _____ 92
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 16	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48	QUADRACEL SUSY _____ 92
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____ 17	PX GLUCOSE _____ 19	QUARTETTE (Use levonorgestrel- ethinyl estradiol (91-day)) _____ 44
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 48	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____ 48	QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light) _____ 23
pseudoephedrine hcl TABS _____ 82	pyrantel pamoate SUSP _____ 9	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____ 23
pseudoephedrine hcl TB12 _____ 82	pyrazinamide _____ 29	QUESTRAN POWD (Use 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 .	90	SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc) _____	39
rufinamide SUSP _____	13	SAWYER INSECT REPELLENT		SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG .	39
rufinamide TABS _____	13	LOTN _____	54		
RUKOBIA _____	39	saxagliptin hcl _____	19	SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc) _____	39
RUXIENCE _____	30	saxagliptin-metformin hcl _____	18	SEMGLEE (YFGN) SOLN _____	20
RYDAPT _____	33	SCEMBLIX 100 MG _____	33	SEMGLEE (YFGN) SOPN _____	20
RYLAZE _____	34	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG _____	33	sennosides TABS 8.6 MG _____	67
RYPLAZIM _____	64	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	55	sennosides-docusate sodium TABS .	66
SABRIL PACK (Use vigabatrin) ____	14	SCOT-TUSSIN DM LIQD _____	48	SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium) ____	67
SABRIL TABS (Use vigabatrin) ____	14	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD ____	48	SENOKOT TABS (Use sennosides) .	67
SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral)) _____	78	SEASONIQUE (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)) _____	44		
salicylic acid GEL 6 % _____	53	SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML .	62	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _	60
SALINE NASAL SPRAY 0.65% ____	82			SEREVENT DISKUS _____	11
salsalate _____	6	SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	51	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____	36
SAMI THE SEAL FILTERS MISC .	73	selegiline hcl CAPS _____	35	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37
SAMSCA TABS (Use tolvaptan) ____	60	selegiline hcl TABS _____	35	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37
SANDIMMUNE CAPS (Use cyclosporine) _____	77	selenium sulfide LOTN 1 % _____	51	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG .	59
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML .	77	selenium sulfide LOTN 2.5 % ____	51	sertraline hcl CONC _____	17
		selenium sulfide SHAM 1 % ____	51	sertraline hcl TABS 100 MG _____	17
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate) _____	60	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide) .	51	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG .	17
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	60	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SEVENFACT _____	64
SAPHNELO _____	77	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SFROWASA ENEM _____	62
sapropterin dihydrochloride PACK	60	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	2
sapropterin dihydrochloride TABS .	60	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) ____	51		
SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	51				

SHINGRIX _____	96	SIMPLYTHICK EASY MIX _____	88	sodium fluoride (dental) GEL _____	78
SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	73	simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	24	sodium fluoride (dental) PSTE DT _____	78
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC _____	73	SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa- levodopa) _____	35	sodium fluoride CHEW _____	76
SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC _____	73	SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium) _____	10	sodium fluoride SOLN _____	76
SIGNIFOR _____	60	SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium) _____	10	sodium phenylbutyrate POWD _____	60
SIGNIFOR LAR _____	60	SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium) _____	10	sodium phenylbutyrate TABS _____	60
SIKLOS TABS _____	64	sirolimus SOLN _____	77	sodium phosphates ENEM _____	67
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	43	sirolimus TABS _____	77	sodium polystyrene sulfonate POWD 77	
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	43	SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24 _____	18	sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML _____	77
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS _____	43	SITAGLIPTIN _____	19	sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate _____	67
SILICONE MASK/ADULT MISC _____	73	SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS _____	18	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS	40
SILICONE MASK/INFANT MISC _____	73	SIVEXTRO TABS _____	28	SOLESTA _____	76
SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC 73		SKYRIZI PEN SOAJ _____	51	SOLQUA _____	18
SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	52	SKYRIZI SOSY _____	51	SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN _____	80
silver sulfadiazine _____	52	SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) _____	98	SOLUVITA SOLN _____	76
simethicone CHEW 80 MG _____	61	SM IPECAC SYRUP _____	21	SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN 80	
simethicone LIQD PO _____	61	SOAANZ TABS 20 MG _____	57	SOMAVERT _____	59
simethicone SUSP _____	61	sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG _____	9	SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC _____	73
SIMLANDI (1 PEN) AJKT _____	3	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 % _____	62	SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____	73
SIMLANDI (2 PEN) AJKT _____	3	sodium chloride (inhalant) AERS _____	48	SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC _____	73
SIMLANDI (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML _____	3	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 % _____	48	SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP 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 TABS (Use pseudoephedrine hcl) .	82
SOSWEET SYRP _____	89	STEQUEYMA _____	51	SUDAFED TABS (Use 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, 160 MG _____	41	STERILE DILUENT FOR 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 LIQD 4 %-0.33 % _____	55	sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 % _____	49
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____	73	STRATTERA (Use atomoxetine hcl) .	1	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____	49
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____	73	STRENSIQ _____	60	sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____	86
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC _____	73	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS _____	79	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	27
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT _____	57	STRIBILD _____	39	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	27
SPIKEVAX SUSP _____	96	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR _____	74	sulfasalazine TABS	62
SPIKEVAX SUSY _____	96	SUBLOCADE SOSY _____	8	sulfasalazine TBEC	62
spinosad _____	55	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulindac TABS	5
SPINRAZA _____	83	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sumatriptan	74
SPIRIVA HANDIHALER CAPS (Use tiotropium bromide monohydrate) .	10	sucralfate SUSP _____	93	sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____	74
spironolactone & hydrochlorothiazide	57	sucralfate TABS _____	93	sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____	74
spironolactone TABS	57	SUDAFED CHILDRENS LIQD ____	82	sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML _____	74
SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	22	SUDAFED PE CHILDRENS SOLN	82	sumatriptan succinate TABS _____	75
SPRAVATO (56 MG DOSE) _____	16	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use 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 levothyroxine sodium) _____	92	oseltamivir phosphate) _____	40
SUPPRELIN LA _____	59	SYNVISC ONE SOSY _____	82	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	40
SUPRAX CAPS (Use cefixime) ____	44	SYNVISC SOSY _____	82	tamoxifen citrate TABS _____	31
SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate) _____	67	SYPRINE (Use trientine hcl) ____	76	tamsulosin hcl _____	62
SURE COMFORT PEN NEEDLES 70		SYRPALTA SYRP _____	89	TARCEVA (Use erlotinib hcl) ____	31
SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP 89		SYRSPEND SF LIQD _____	89	TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	50
SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP _____	89	SYRUP VEHICLE SF SYRP ____	89	TARGRETIN (Use bexarotene) __	34
SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP _____	89	SYRUP VEHICLE SYRP _____	89	TARPEYO CPDR _____	46
SUSPENSION VEHICLE SUSP ____	89	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS _____	79	TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG (Use nilotinib hcl) _____	33
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN _____	85	TABLOID _____	30	TAVNEOS _____	64
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	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) 51	
SYLVANT _____	77	tacrolimus CAPS _____	77	TAZORAC GEL (Use tazarotene) .	51
SYMBICORT (Use budesonide- formoterol fumarate dihydrate) ____	12	tadalafil (pulmonary hypertension) TABs _____	43	TAZVERIK _____	33
SYMDEKO _____	91	TAFINLAR CAPS _____	33	TDVAX SUSP _____	92
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate) ____	39	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	93	TECARTUS _____	31
SYMFI LO (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	93	TECENTRIQ _____	30
SYNAGIS SOLN _____	88	TAGRISSO _____	31	TECFIDERA CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	91
SYNAREL _____	59	TAKHZYRO SOLN _____	64	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl 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 carbamazepine) _____	13
		TALZENNA _____	33	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	13
		TAMIFLU CAPS 30 MG (Use 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 MG/ML _____	8	THYROGEN 0.9 MG _____	55
telmisartan _____	25	testosterone enanthate SOLN IM _____	8	THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	92
telmisartan-amlodipine _____	26	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP _____	92	tiagabine hcl _____	14
telmisartan-hydrochlorothiazide _____	26	tetrabenazine _____	90	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
temazepam 15 MG, 30 MG _____	66	tetracaine hcl (ophth) _____	85	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
TEMODAR SOLR _____	29	tetracycline hcl CAPS 500 MG _____	92	TIBSOVO _____	33
temozolomide CAPS _____	29	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 % 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 39		THEO-24 CP24 _____	12	timolol maleate (ophth) SOLN _____	84
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	26	theophylline ELIX _____	12	timolol maleate TABS _____	41
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	26	theophylline SOLN _____	12	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	84
TENORMIN TABS (Use atenolol) _____	41	theophylline TB12 _____	12	TIMOPTIC SOLN (Use timolol 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 . 98		tiotropium bromide monohydrate 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	TRECATOR _____	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 TIME SYRP _____	48
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	25	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr)	46
TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril 4 MG _____	25	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	57
TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	53	trandolapril-verapamil hcl _____	26		
		tranexamic acid TABS _____	65		
		tranylcypromine sulfate _____	16		
		TRAZIMERA _____	31		
		trazodone hcl TABS 300 MG ____	17		

triamterene & hydrochlorothiazide TABS _____	57	trospium chloride TABS _____	94	TYBOST _____	39
triazolam _____	66	TRUE COMFORT PEN NEEDLES . 70		TYKERB (Use lapatinib ditosylate) 33	
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide) _____	27	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES _____	70	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW (Use acetaminophen) _____	5
TRIDESILON CREA 0.05 % (Use desonide) _____	53	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	70	TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP (Use acetaminophen) . 5	
trientine hcl 250 MG _____	76	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	57	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	5
trientine hcl 500 MG _____	76	TRUE MULTIVITAMIN TABS ____	79	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	5
TRIESENCE _____	86	TRUELYTE SOLN _____	76	TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	5
trifluoperazine hcl TABS _____	37	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW __	19	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5
trifluridine _____	85	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19	TYLENOL TABS (Use 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 oxcarbazepine) _____	14	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TYPHIM VI SOSY _____	94
TRILEPTAL TABS (Use 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 NEEDLE _____	70
TRINTELLIX _____	17	TUKYSA _____	31	ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC _____	74
TRIPTODUR _____	59	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	54
TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____	34	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _	9	ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	54
TRIUMEQ TABS _____	39	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) ____	9	UNIFINE OTC PEN NEEDLES ____	70
TRIVISC SOSY _____	82	TURALIO 125 MG _____	33		
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE SOLN 0.25 MG/ML _____	80	TWINRIX SUSY _____	96		
TRIZIVIR _____	39	TYBLUME CHEW _____	44		
TROGARZO _____	39				
tropicamide SOLN _____	84				

UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . 70	VABYSMO SOLN _____ 85	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM ____ 27
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE _____ 70	VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____ 97	VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM . 27
UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) ____ 66	valacyclovir hcl 1 GM _____ 40	vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .27
UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) ____ 66	valacyclovir hcl 500 MG _____ 40	VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____ 27
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____ 89	VALCHLOR _____ 50	vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .27
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____ 89	VALCYTE TABS (Use valganciclovir 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 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 enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____ 27
urea LOTN 40 % _____ 53	valsartan TABS _____ 25	VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____ 25
URETRON D/S TABS 81.6 MG ____ 27	valsartan-hydrochlorothiazide ____ 27	VAXCHORA _____ 94
UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____ 62	VALSTAR (Use valrubicin) ____ 32	VAXELIS SUSP _____ 92
UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium 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 MG/0.1ML _____ 12	VAXNEUVANCE _____ 94
ursodiol CAPS _____ 61	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML _____ 13	VECAMYL _____ 27
ursodiol TABS 250 MG _____ 61	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____ 13	VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____ 31
USTEKINUMAB 130 MG/26ML ____ 62	VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____ 40	VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)33
USTEKINUMAB SOSY 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____ 51	VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____ 40	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____ 43
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____ 51	VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____ 27	VEMLIDY _____ 40
USTEKINUMAB-TTWE _____ 51	VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____ 27	VENCLEXTA STARTING PACK 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) .	17	VITRAKVI SOLN _____	34
MG, 225 MG _____	17	VIJOICE TBPk _____	77	VIVAGUARD INO TIRAS	
VENTAVIS IN _____	43	vilazodone hcl TABS _____	17	REACTIVAS STRP _____	57
VENTOLIN HFA AERS (Use		VILTEPSO _____	83	VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol)	61
albuterol sulfate) _____	12	VIMIZIM _____	60	VIVIMUSTA SOLN _____	29
verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG		vincristine sulfate _____	35	VIVITROL _____	21
.....	42	VIRACEPT TABS 250 MG _____	39	VIVOTIF _____	94
verapamil hcl CP24 120 MG, 180		VIRACEPT TABS 625 MG _____	39	VIZIMPRO _____	31
MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG ____	42	VIREAD POWD _____	39	VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL	
VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use		VIREAD TABS (Use tenofovir		EX (Use diclofenac sodium (topical)) .	50
verapamil hcl) _____	42	disoproxil fumarate) _____	39	VONJO _____	34
verapamil hcl TABS _____	42	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG,		VONVENDI _____	64
verapamil hcl TBCR _____	42	250 MG _____	39	VOQUEZNA _____	94
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)	42	VISCO-3 SOSY _____	82	VORAXAZE _____	34
VERELAN PM CP24 100 MG, 200		VISINE RED EYE COMFORT (Use		VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _	34
MG (Use verapamil hcl) _____	42	tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	85	VOTRIENT _____	34
VERELAN PM CP24 300 MG (Use		VISTARIL CAPS (Use hydroxyzine		VYNDAMAX _____	43
verapamil hcl) _____	42	pamoate) _____	9	VYNDAQEL _____	43
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	70	VISTOGARD _____	21	VYONDYS 53 _____	83
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE ____	70	VISUDYNE _____	85	VYTORIN (Use ezetimibe-	
VERSAFREE SYRP _____	89	VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML .	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 (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	83
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	91	ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	83
ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 60		ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	83
ZEPZELCA	29	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	83
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	27	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	83
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) ..	27	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin)	68	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	83
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril)	25	ZITUVIMET TABS	18	ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	83
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 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 MG (Use simvastatin)	24	ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	83
ZIAC (Use bisoprolol & hydrochlorothiazide)	27	ZOKINVY	77	ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	83
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate)	39	ZOLADEX	31	ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	83
ZIAGEN TABS (Use abacavir sulfate)	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 cetirizine hcl) _____	23
zolmitriptan TBDP _____	75	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) .	23
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl) 17		ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (Use cetirizine hcl) _____	23
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION (Use cetirizine- pseudoephedrine) _____	48
ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17	ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS (Use cetirizine-pseudoephedrine) .	48
zolpidem tartrate TABS _____	66	ZYTIGA (Use abiraterone acetate) 31	
ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan) _____	75		
ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	14		
zonisamide CAPS _____	14		
ZORBTIVE SC _____	59		
ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	52		
ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	52		
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 (Use olanzapine) _____	37		
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use olanzapine) _____	37		
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use olanzapine) _____	37		
ZYRTEC ALLERGY TABS (Use cetirizine hcl) _____	23		