

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Límites de dispensación

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

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

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

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

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

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

Terapia escalonada

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

Límites de cantidad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

Comité P&T. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

Exclusiones

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

Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

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

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

Medicamentos de venta libre

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

Medicamentos genéricos

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

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

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

Información del contacto

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

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

DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la edición	Descripción de la edición
<i>Opioide</i>	<p>Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis diaria máxima = 50 MME** • Suministro máximo de días = 7 días • Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada <p>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días **MME = Equivalente en miligramos de morfina</p>

<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 <ul style="list-style-type: none"> • Afiliados(as) menores de 18 años • Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo
------------------------	--

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

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

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®
 Sólo planificación familiar - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (<i>Use fluconazole</i>)	NP	
<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ketoconazole</i>	P	QL(1 cada día)
SPORANOX CAPS (<i>Use itraconazole</i>)	NP	QL(1 cada día)
TOLSURA CAPS	P	PA
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios.		
<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>tinidazole 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
BACTRIM DS TABS (<i>Use sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
BACTRIM TABS (<i>Use sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	NP	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
Lipopéptidos cíclicos		
<i>daptomycin</i>	P	PA
DAPTOMYCIN (<i>Use daptomycin</i>)	NP	PA
DAPTOMYCIN	P	PA

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: Enero de 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos 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
Lincosamidas		
CLEOCIN (Use <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use <i>clindamycin hcl</i>)	NP	
<i>clindamycin hcl 150 MG, 300 MG</i>	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)
Monobactámicos		
AZACTAM (Use <i>aztreonam</i>)	NP	PA
<i>aztreonam</i>	P	PA
Polimixinas		
<i>colistimethate sodium</i>	P	PA
COLY-MYCIN M (Use <i>colistimethate sodium</i>)	NP	PA
ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
Medicamentos contra el CMV		
GANCICLOVIR SODIUM SOLN	P	PA
PREVYMIS SOLN	P	PA
PREVYMIS TABS	P	PA
Medicamentos contra el herpes		
<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS PO 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir TABS PO 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>valacyclovir hcl 1 GM</i>	P	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl 500 MG</i>	P	QL(2 cada día)
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
Vasodilatadores periféricos		
<i>inositol niacinate CAPS</i>	P	PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera generación		
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML	P	PA
<i>cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>cephalexin SUSR</i>	P	
Cefalosporinas de segunda generación		
<i>cefaclor CAPS</i>	P	
<i>cefaclor SUSR 250 MG/5ML</i>	P	
<i>cefroxitin sodium IV</i>	P	PA
<i>cefprozil SUSR</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil TABS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
Cefalosporinas de tercera generación		
<i>cefdinir CAPS</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM</i>	P	PA
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo		
Anticonceptivos combinados - Orales		

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: Enero de 2026

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos 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
BALCOLTRA (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron)	NP	PA	YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	
desogestrel & ethinyl estradiol	P		YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 cada día)
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)	P		Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)	P		norelgestromin-ethinyl estradiol	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
drospirenone-ethinyl estradiol 0.03 MG-3 MG	P		Anticonceptivos combinados - vaginales		
drospirenone-ethinyl estradiol 0.02 MG-3 MG	P	QL(1 cada día)	etonogestrel-ethinyl estradiol	P	QL(1 por surtido al por menor)
ethynodiol diacet & eth estrad	P		NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
levonorgestrel & eth estradiol TABS	P		Anticonceptivos de emergencia		
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)	P		levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG	P	QL(91 por surtido al por menor)	PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc))	NP	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron	P	PA	Anticonceptivos de progestina - inyectables		
norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG	P		DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
norethindrone & eth estradiol	P		DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
norethindrone acet & eth estra TABS	P		DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
norethindrone-eth estradiol (triphasic)	P		medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
norgestimate-ethinyl estradiol	P		medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)	P		Anticonceptivos de progestina - orales		
norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG	P	QL(2 cada día)	norethindrone (contraceptive)	P	
TYBLUME CHEW	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 GM por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
Corticosteroides - tópicos		
BRYHALI LOTN	P	PA
<i>clobetasol propionate CREA</i>	P	PA
CORTIZONE-10 COOLING MAX STR LIQD 1 % (<i>Use hydrocortisone topical</i>)	NP	PA
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (<i>Use hydrocortisone topical</i>)	NP	PA
CORTIZONE-10/ALOE LIQD (<i>Use hydrocortisone topical</i>)	NP	PA
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA
<i>hydrocortisone (topical) LIQD</i>	P	PA
IMPOYZ CREA 0.025 % (<i>Use clobetasol propionate</i>)	NP	PA
LEXETTE FOAM (<i>Use halobetasol propionate</i>)	NP	PA
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %</i>	P	PA
RADIAURA CREA	P	PA
SCARZEN SKIN REPAIR	P	PA
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA	P	PA
EPICYN SOLN	P	PA
HYCLODEX SOLN	P	PA
HYPOCYN SOLN	P	PA
QBREXZA	P	PA
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
ELIMITE CREA (<i>Use permethrin</i>)	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	
NIX CREME RINSE LIQD EX (<i>Use permethrin</i>)	NP	
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %</i>	P	
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	P	
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Fluoroquinolonas		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)	AVENOC OINT	P	PA
<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)	CALENDULA OINT	P	PA
<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)	CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA
<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)	ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT	P	PA
Eritromicinas			NEURAGEN PN OINT	P	PA
E.E.S. GRANULES SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		PRID OINT	P	PA
ERYPED 200 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		TRAUMEEL OINT	P	PA
ERYPED 400 SUSR (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP		ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
<i>erythromycin base CPEP</i>	P		MULTIVITAMINAS		
<i>erythromycin base TABS</i>	P		Multivitaminas con hierro		
<i>erythromycin base TBEC</i>	P		DESTRESS-IRON TABS	P	QL(1 cada día)
<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P		<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	QL(1 cada día)
<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P		STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS	P	QL(1 cada día)
<i>erythromycin stearate TABS 250 MG</i>	P		TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	QL(1 cada día)
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS			Multivitaminas		
Anticonceptivos			ALTRIXA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FC2 FEMALE CONDOM	P		AMLADEX TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
FEMCAP DEVI	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
MALE CONDOMS-MISC	P	QL(36 cada 30 días)	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)	ESTROFACTORS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS			FOLAWISE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Productos homeopáticos			FOLCYTEINE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA	GENICIN VITA-Q TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
			HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC
			MINCORA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con hierro		
MULTI VITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN	P	PA
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC	ENFAMIL POLY-VI-SOL- IRON SOLN 11 MG/ML	P	PA
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	PA
MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE/IRON SOLN	P	PA
NEOMULTIVITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas		
NEVVITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	PA
OMNICAP TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	PA
ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY- VITAMIN DROP SOLN PO	P	PA
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN PO	P	PA
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITA SOLN PO	P	PA
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	PA
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	Vitaminas prenatales		
QUINTABS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI	P	PA
RELCARE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	AZESCO TABS	P	PA
STRESS FORMULA/ZINC/ENERG Y TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CENTRUM PRENATAL GUMMIES	P	PA
THERA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CITRANATAL MEDLEY	P	PA
THEREMS TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	COMPLETE NATAL DHA	P	PA
TM-DAILY VITE TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CVS PRENATAL GUMMY	P	PA
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	DERMACINRX PRETRATE TABS	P	PA
VIREXA TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	EMBRIVA TABS	P	PA
VITRAX TABS	P	QL(1 cada día); RX/OTC	FOLIVANE-OB	P	PA
			NEO-VITAL RX TABS	P	PA
			ONENATAL RX TABS 1 MG	P	PA
			PRENATAL GUMMIES	P	PA
			PRENATAL MULTI +DHA CAPS	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS	P	PA
PRENATVITE COMPLETE TABS	P	PA
PRENATVITE PLUS TABS	P	PA
TARON-C DHA	P	PA
WESNATAL DHA COMPLETE	P	PA
ZALVIT TABS	P	PA
ZIPHEX TABS	P	PA
MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
Medicamentos de uso nasal - varios		
NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos		
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)
PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
Combinaciones de penicilinas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium</i>	P	
<i>nafcillin sodium IV 10 GM</i>	P	PA
SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine TABS</i>	P	
TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Tetraciclinas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P		HIBERIX SOLR IJ	P	
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P		MENACTRA	P	
<i>doxycycline hyclate TBEC</i>	P	PA	MENQUADFI 0.5 ML	P	
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P		MENVEO SOLN	P	
MINOLIRA TB24	P	PA	MENVEO SOLR	P	
<i>tetracycline hcl CAPS</i>	P		PEDVAX HIB SUSP	P	
VIBRAMYCIN CAPS (Use <i>doxycycline hyclate</i>)	NP		PENBRAYA	P	
TOXOIDES			PNEUMOVAX 23 SOLN	P	
Combinaciones de toxoides			PNEUMOVAX 23 SOSY	P	
ADACEL SUSP	P		PREVNAR 13	P	
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	P		PREVNAR 20	P	
BOOSTRIX SUSP	P		TRUMENBA 0.5 ML	P	
BOOSTRIX SUSY	P		TYPHIM VI SOLN	P	
DAPTACEL	P		TYPHIM VI SOSY	P	
INFANRIX	P		VAXCHORA	P	
KINRIX SUSY	P		VAXNEUVANCE	P	
PEDIARIX SUSY	P		VIVOTIF	P	
PENTACEL	P		Vacunas derivadas de virus		
QUADRACEL SUSP	P		ABRYSVO	P	
QUADRACEL SUSY	P		ACAM2000	P	
TDVAX SUSP	P		AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
VAXELIS SUSP	P		AFLURIA SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P		AREXVY	P	
VACUNAS			DENGVAXIA	P	
Vacunas bacterianas			ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
ACTHIB SOLR IM	P		ENGERIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
BCG VACCINE	P		FLUAD	P	
BEXSERO 0.5 ML	P				
BIOTHRAX	P				

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FLUAD QUADRIVALENT	P		IMOVAX RABIES SUSR	P	
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P		IPOL IJ	P	
FLUARIX SUSY	P		IXIARO	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT	P		JYNNEOS	P	
FLUBLOK SOSY	P		M-M-R II SOLR	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P		PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P		PRIORIX SUSR	P	
FLUCELVAX SUSP	P		PROQUAD SUSR	P	
FLUCELVAX SUSY	P		RABAVERT	P	
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLULAVAL SUSY	P		RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUMIST	P		ROTARIX SUSP	P	
FLUMIST QUADRIVALENT	P		ROTATEQ SOLN	P	
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P		SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		STAMARIL SUSR	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		TICOVAC	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		TWINRIX SUSY	P	
FLUZONE SUSP	P		VAQTA	P	
FLUZONE SUSY	P		VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	P	
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	VARIVAX SUSR	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	YF-VAX SUSR	P	
HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML	P		PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS		
HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	Productos vaginales varios		
			TRIMO-SAN	P	PA
			Espermicidas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 GM por surtido al por menor)	Estrógenos vaginales		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P				
Antiinfecciosos vaginales					
CLEOCIN CREA (<i>Use clindamycin phosphate vaginal</i>)	NP				
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P				
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
GYNAZOLE-1	P				
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 GM por surtido al por menor)			
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)			
MONISTAT 3 CREA	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (<i>Use miconazole nitrate vaginal</i>)	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>terconazole vaginal CREA</i>	P				
<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P				
<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P				
VANDAZOLE	P	QL(70 GM por surtido al por menor)			
Medicamentos antiinflamatorios vaginales					

ÍNDICE

ABRYSVO _____	9	125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG .	8	sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
ACAM2000 _____	9	amoxicillin & pot clavulanate TABS		BACTRIM TABS (Use	
ACTHIB SOLR IM _____	9	125 MG-875 MG _____	8	sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
ACTIRON _____	5	amoxicillin CAPS _____	8	BALCOLTRA (Use levonorgestrel-	
acyclovir CAPS _____	2	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG .		ethinyl estradiol-iron) _____	3
acyclovir SUSP _____	2	8		BCG VACCINE _____	9
acyclovir TABS PO 400 MG _____	2	amoxicillin SUSR _____	8	BEXSERO 0.5 ML _____	9
acyclovir TABS PO 800 MG _____	2	amoxicillin TABS 875 MG _____	8	BIOTHRAX _____	9
acyclovir topical CREA _____	4	ampicillin & sulbactam sodium IV 1		BOOSTRIX SUSP _____	9
acyclovir topical OINT _____	4	GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1		BOOSTRIX SUSY _____	9
ADACEL SUSP _____	9	GM _____	8	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5		ampicillin CAPS 500 MG _____	8	SOLN PO _____	7
LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML _____	9	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH		BPROTECTED PEDIA POLY-	
AFLURIA PRESERVATIVE FREE		CREA _____	4	VITE/FE SOLN _____	7
SUSY _____	9	AREXVY _____	9	BRYHALI LOTN _____	4
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP .	9	ARNICARE ARNICA OINT _____	6	CALENDULA OINT _____	6
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY		AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use		cefaclor CAPS _____	2
0.5 ML _____	9	amoxicillin & pot clavulanate) ____	8	cefaclor SUSR 250 MG/5ML _____	2
AFLURIA SUSP _____	9	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-		CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE	
ALIVE DAILY SUP PRENATAL		125 MG/5ML _____	8	SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2	
GUMMI _____	7	AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG		GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML ____	2
ALTRIXA TABS _____	6	(Use amoxicillin & pot clavulanate) .	8	cefdinir CAPS _____	2
AMLADDEX TABS _____	6	AVENOC OINT _____	6	cefdinir SUSR _____	2
amoxicillin & pot clavulanate CHEW .		AZACTAM (Use aztreonam) _____	2	cefoxitin sodium IV _____	2
8		AZESCO TABS _____	7	cefprozil SUSR _____	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR		azithromycin PACK _____	5	cefprozil TABS _____	2
28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	8	azithromycin SUSR 100 MG/5ML__	5	ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM _	2
amoxicillin & pot clavulanate SUSR		azithromycin SUSR 200 MG/5ML__	5	cefuroxime axetil TABS _____	2
42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57		azithromycin TABS 250 MG _____	5	CENTRUM MENOPAUSE	
MG/5ML-400 MG/5ML _____	8	azithromycin TABS 500 MG _____	5	MIND/MOOD TABS _____	6
amoxicillin & pot clavulanate SUSR		azithromycin TABS 600 MG _____	5	CENTRUM PRENATAL GUMMIES .	
62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	8	aztreonam _____	2	7	
amoxicillin & pot clavulanate TABS		BACTRIM DS TABS (Use		cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG	2

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

FC2 FEMALE CONDOM _____	6	FLUZONE SUSY _____	10	MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	1
FEMCAP DEVI _____	6	FOLAWISE TABS _____	6	hydrocortisone (topical) LIQD _____	4
FLUAD _____	9	FOLCYTEINE TABS _____	6	hydrocortisone acetate vaginal _____	11
FLUAD QUADRIVALENT _____	10	folic acid TABS 1 MG _____	5	HYPOCYN SOLN _____	4
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY _____	10	FOLI-D TABS _____	5	ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT _____	6
FLUARIX SUSY _____	10	FOLIVANE-OB _____	7	imiquimod 5 % _____	4
FLUBLOK QUADRIVALENT _____	10	FOLVITE-D TABS _____	5	IMOVAX RABIES SUSR _____	10
FLUBLOK SOSY _____	10	GANCICLOVIR SODIUM SOLN _____	2	IMPOYZ CREA 0.025 % (Use clobetasol propionate) _____	4
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____	10	GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML _____	10	IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST _____	11
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____	10	GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML _____	10	INFANRIX _____	9
FLUCELVAX SUSP _____	10	GENICIN VITA-D TABS (Use folic acid-cholecalciferol) _____	5	inositol niacinate CAPS _____	2
FLUCELVAX SUSY _____	10	GENICIN VITA-Q TABS _____	6	I POL IJ _____	10
fluconazole SUSR _____	1	griseofulvin microsize SUSP _____	1	IRO-PLEX _____	5
fluconazole TABS 100 MG, 200 MG . 1		griseofulvin microsize TABS _____	1	itraconazole CAPS _____	1
fluconazole TABS 150 MG _____	1	griseofulvin ultramicrosize _____	1	IXIARO _____	10
fluconazole TABS 50 MG _____	1	GYNAZOLE-1 _____	11	JYNNEOS _____	10
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY . 10		halobetasol propionate FOAM _____	4	ketoconazole _____	1
FLULAVAL SUSY _____	10	HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML _____	10	KINRIX SUSY _____	9
FLUMIST _____	10	HEMATEX LIQD 100 MG/5ML (Use polysaccharide iron complex) _____	5	levofloxacin TABS _____	5
FLUMIST QUADRIVALENT _____	10	HEMATRON-AF _____	5	levonorgestrel & eth estradiol TABS 3	
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT _____	10	HEMAX EZY-DOSE _____	5	levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	3
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY _____	10	HEPLISAV-B SOSY _____	10	levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____	3
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP . 10		HIBERIX SOLR IJ _____	9	levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG _____	3
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY . 10		HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	6	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron 3	
FLUZONE SUSP _____	10	HYCLODEX SOLN _____	4	LEXETTE FOAM (Use halobetasol propionate) _____	4
		hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325			

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

PNEUMOVAX 23 SOSY _____	9	0.5 %	4	TDVAX SUSP _____	9
polysaccharide iron complex LIQD 100 MG/5ML _____	5	QBREXZA _____	4	TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU ____	9
POLY-VI-SOL SOLN PO _____	7	QUADRACEL SUSP _____	9	terbinafine hcl TABS _____	1
POLY-VITA SOLN PO _____	7	QUADRACEL SUSY _____	9	terconazole vaginal CREA _____	11
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO .7		QUINTABS TABS _____	7	terconazole vaginal SUPP _____	11
POLY-VITE/IRON SOLN _____	7	RABAVERT _____	10	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP _____	9
PREHEVBRIO _____	10	RADIAURA CREA _____	4	tetracycline hcl CAPS _____	9
PRENATAL GUMMIES _____	7	RECOMBIVAX HB SUSP _____	10	THERA TABS _____	7
PRENATAL MULTI +DHA CAPS ____	7	RECOMBIVAX HB SUSY _____	10	THEREMS TABS _____	7
PRENATAL VITAMINS-MISC _____	8	RELCARE TABS _____	7	TICOVAC _____	10
PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS _____	8	ROTARIX SUSP _____	10	tinidazole 500 MG _____	1
PRENATVITE COMPLETE TABS _	8	ROTATEQ SOLN _____	10	tioconazole vaginal 6.5 % _____	11
PRENATVITE PLUS TABS _____	8	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4	TM-DAILY VITE TABS _____	7
PREPARATION H EX 1 % _____	1	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM .	4	TOLSURA CAPS _____	1
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 % _____	1	SHINGRIX _____	10	TRAUMEEL OINT _____	6
PREVNAR 13 _____	9	SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	1	trifluridine _____	8
PREVNAR 20 _____	9	STAMARIL SUSR _____	10	trimethoprim TABS _____	1
PREVYMIS SOLN _____	2	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 % _____	4	TRIMO-SAN _____	10
PREVYMIS TABS _____	2	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS _____	6	TRUE MULTIVITAMIN TABS ____	7
PRID OINT _____	6	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS _____	7	TRUMENBA 0.5 ML _____	9
PRIORIX SUSR _____	10	sulfadiazine TABS _____	8	TWINRIX SUSY _____	10
probenecid _____	5	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	1	TYBLUME CHEW _____	3
PROQUAD SUSR _____	10	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	1	TYPHIM VI SOLN _____	9
pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____	4	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS _____	6	TYPHIM VI SOSY _____	9
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	4	TARON-C DHA _____	8	valacyclovir hcl 1 GM _____	2
pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-				valacyclovir hcl 500 MG _____	2
				VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	2
				VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	2

VANDAZOLE _____	11	(Use azithromycin) _____	5
VAQTA _____	10	ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	5
VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML _____	10	ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	5
VARIVAX SUSR _____	10	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) _____	5
VAXCHORA _____	9	ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	5
VAXELIS SUSP _____	9	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	4
VAXELIS SUSY _____	9	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	4
VAXNEUVANCE _____	9		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM _____	11		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL _____	11		
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____	9		
VIREXA TABS _____	7		
VITRAX TABS _____	7		
VIVOTIF _____	9		
WESNATAL DHA COMPLETE ____	8		
YASMIN 28 (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	3		
YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	3		
YF-VAX SUSR _____	10		
ZALVIT TABS _____	8		
ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT _____	6		
ZEMDRI _____	1		
ZIPHEX TABS _____	8		
ZITHROMAX PACK _____	5		
ZITHROMAX SUSR 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	5		
ZITHROMAX SUSR 200 MG/5ML			