

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**. 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** 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

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

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 CPCR (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> CPCR	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)

Georgia Medicaid

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
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10 MG/5ML	P	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5 MG/5ML	P	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 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/BIOLOGICOS 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 - B's		
REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS	NP	
Medicamentos alternativos - G's		
<i>ginger (zingiber officinalis)</i> CAPS 250 MG	P	OTC; QL(4 cada día)
Medicamentos alternativos - M's		
MELATONIN SUBL	P	QL(1 cada día)
<i>melatonin</i> TABS 3 MG, 5 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>melatonin</i> TBDP 3 MG	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</i> TABS	P	
TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
TOBI NEBU (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML	P	PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLR	P	PA
<i>tobramycin</i> NEBU	P	SP; PA
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las afecciones musculares y articulares		
Antirreumáticos - Inhibidores enzimáticos		
XELJANZ XR TB24	P	SP; PA
XELJANZ SOLN	P	SP; PA
XELJANZ TABS	P	SP; PA

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

Georgia Medicaid

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
YUFLYMA (1 PEN) AJKT	NP	SP	<i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>	P	
YUFLYMA (2 PEN) AJKT	NP	SP	<i>flurbiprofen TABS</i>	P	
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP	<i>ibuprofen lysine</i>	P	
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP	<i>ibuprofen CHEW</i>	P	OTC
YUSIMRY	P	SP; PA	<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC
Bloqueadores de la interleucina 1			<i>ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML</i>	P	RX/OTC
ARCALYST	P	SP; PA	<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
ILARIS SOLN	P	SP; PA	INDOCIN SUSP (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(Al 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	LURBIPR TABS 100 MG (Use <i>flurbiprofen</i>)	NP	
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	LURBIRO TABS 100 MG (Use <i>flurbiprofen</i>)	NP	
<i>diclofenac potassium TABS 50 MG</i>	P		<i>meloxicam TABS</i>	P	
<i>diclofenac sodium TBEC</i>	P		MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>etodolac CAPS</i>	P				
<i>etodolac TABS</i>	P				
FELDENE CAPS (Use <i>piroxicam</i>)	NP				

Georgia Medicaid

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
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use <i>ibuprofen</i>)	NP	OTC	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>nabumetone</i>	P		ESGIC TABS (Use <i>butalbital-acetaminophen-caffeine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
NALFON CAPS (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP		Otros analgésicos		
NAPROSYN SUSP (Use <i>naproxen</i>)	NP		<i>acetaminophen</i> CHEW	P	OTC
NAPROSYN TABS 500 MG (Use <i>naproxen</i>)	NP		<i>acetaminophen</i> ELIX	P	OTC
<i>naproxen sodium</i> TABS 275 MG, 550 MG	P		<i>acetaminophen</i> LIQD 160 MG/5ML	P	OTC
<i>naproxen sodium</i> TABS 220 MG	P	OTC; QL(2 cada día)	<i>acetaminophen</i> SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
<i>naproxen</i> SUSP	P		<i>acetaminophen</i> SUPP 120 MG, 650 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>naproxen</i> TABS	P		<i>acetaminophen</i> SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML	P	OTC
NEOPROFEN (Use <i>ibuprofen lysine</i>)	NP		<i>acetaminophen</i> TABS 325 MG, 500 MG	P	OTC
<i>piroxicam</i> CAPS	P		FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
<i>sulindac</i> TABS	P		TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)			TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
OTEZLA TABS	P	SP; PA	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
OTEZLA TBP	P	SP; PA	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
Inhibidores de la síntesis de pirimidina			TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
ARAVAL (Use <i>leflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día)	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use <i>acetaminophen</i>)	NP	OTC
<i>leflunomide</i>	P	QL(1 cada día)			
ANALGÉSICOS - No narcóticos - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares					
Combinaciones de analgésicos					
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine</i> CAPS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)			
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine</i> TABS 40 MG-50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)			
<i>butalbital-acetaminophen</i> TABS 50 MG-325 MG	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)			

Georgia Medicaid

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
TYLENOL TABS (Use acetaminophen)	NP	OTC	DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos			<i>fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR</i>	P	QL(0.34 cada día)
PRIALT	P	SP; PA	HYDROMORPHONE HCL SUPP	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
Salicilatos			<i>hydromorphone hcl TABS 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 10 MG</i>	P	QL(10 cada día); PA
<i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>	P	OTC	<i>methadone hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 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 15 MG (Use morphine sulfate)	P	QL(3 cada día)
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares					
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)			
DEMEROL SOLN IJ (Use meperidine hcl)	NF				
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (<i>Use morphine sulfate</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día); AL(AI menos 12 años)
OXAYDO TABS 5 MG	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<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)
<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)	FIORICET/CODEINE 30 MG-40 MG-50 MG-300 MG (<i>Use butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine</i>)	NF	
<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 SOLN 325 MG/15ML-10 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides
<i>oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	<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)
OXYCONTIN T12A	P	QL(2 cada día); PA	<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)
ROXICODONE TABS 15 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	PERCOCET TABS 325 MG-2.5 MG (<i>Use oxycodone w/ acetaminophen</i>)	NF	
ROXICODONE TABS 30 MG (<i>Use oxycodone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)			
<i>tramadol hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)			
Combinaciones de opioides					
<i>acetaminophen w/ codeine SOLN</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día); AL(AI menos 12 años)			

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)	testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)
tramadol-acetaminophen	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día); AL(Al menos 18 años)	testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML	P	QL(0.2858 ML al día)
Agonistas parcialmente opioides			testosterone enanthate SOLN IM	P	QL(4 ML cada 30 días de venta al por menor)
BELBUCA FILM	P	PA	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón		
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG	P	QL(3 cada día)	Esteroides intrarrectales		
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG	P	QL(2 cada día); PA	CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal))	NP	
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate SUBL	P	QL(3 cada día)	hydrocortisone (intrarectal)	P	
buprenorphine hcl SOLN	P	PA	Combinaciones rectales		
buprenorphine hcl SUBL	P	PA	ANALPRAM HC LOTN EX	P	QL(62 ML cada 30 días de venta al por menor)
SUBLOCADE SOSY	P	2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; SP; PA	ANALPRAM-HC LOTN EX	P	QL(62 ML cada 30 días de venta al por menor)
SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate)	NP	QL(3 cada día)	HEMORRHOIDAL 0.25 %-85.5 %-3 %	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)
SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate)	NP	QL(2 cada día); PA	SB HEMORRHOID 0.25 %-71.9 %-14 %-3 %	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)
ZUBSOLV SUBL	P	PA	Esteroides rectales		
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - Medicamentos para regular las hormonas			ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal))	NP	
Andrógenos			hydrocortisone (rectal) EX 2.5 %	P	
AVEED SOLN	P	SP; PA	hydrocortisone (rectal) EX 1 %	NP	RX/OTC
methyltestosterone TABS	P		PREPARATION H EX 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
TESTOPEL PLLT	P	SP; PA	PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC
			ANTIÁCIDOS		
			Combinaciones de antiácidos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>alum & mag hydrox-simethicone LIQD</i>	P	QL(744 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)
Antiácidos - sales de aluminio		
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP	P	OTC
Antiácidos: bicarbonato		
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
Antiácidos: 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
Antiácidos: 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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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)
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 CPCR</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>buspirone hcl 15 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>buspirone hcl 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>hydroxyzine hcl SYRP</i>	P	
<i>hydroxyzine hcl TABS</i>	P	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS</i>	P	
<i>meprobamate</i>	P	

Georgia Medicaid

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
VISTARIL CAPS 25 MG (Use <i>hydroxyzine pamoate</i>)	NP	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam</i> TABS	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</i> CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>diazepam</i> SOLN PO 5 MG/5ML	P	AL (6 meses a 12 años)
<i>diazepam</i> TABS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>lorazepam</i> TABS	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>oxazepam</i> CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
VALIUM TABS (Use <i>diazepam</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)
XANAX TABS (Use <i>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</i> CAPS	P	
NORPACE CR CP12 150 MG	P	
NORPACE CAPS (Use <i>disopyramide phosphate</i>)	P	
<i>quinidine gluconate</i> TBCR	P	
<i>quinidine sulfate</i> TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antiarrítmicos Tipo I-B		
<i>mexiletine hcl</i>	P	
Antiarrítmicos Tipo I-C		
<i>flecainide acetate</i>	P	
<i>propafenone hcl</i> TABS	P	
Antiarrítmicos Tipo III		
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200 MG	P	
<i>dofetilide</i>	P	
TIKOSYN (Use <i>dofetilide</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES- Medicamentos para las afecciones pulmonares		
Antiasmáticos - anticuerpos monoclonales		
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</i> NEBU	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</i> SOLN 0.02 %	P	QL(375 ML cada 20 días de venta al por menor)
SPIRIVA HANDIHALER CAPS IN (Use <i>tiotropium bromide</i>)	NP	
<i>tiotropium bromide</i> CAPS IN 18 MCG	P	
TUDORZA PRESSAIR	P	QL(1 cada 30 días de venta al por menor)
Moduladores de los leucotrienos		
<i>montelukast sodium</i> CHEW	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

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
montelukast sodium PACK	P	QL(1 cada día)	PULMICORT SUSP (<i>Use budesonide (inhalation)</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Al menos 1 año - hasta 8 años)
montelukast sodium TABS	P	QL(1 cada día)	QVAR REDHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM al día)
SINGULAIR CHEW (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)	QVAR REDHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM al día)
SINGULAIR PACK (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)	Simpaticomiméticos		
SINGULAIR TABS (<i>Use montelukast sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)	ADVAIR DISKUS AEPB (<i>Use fluticasone- salmeterol</i>)	NP	QL(2 cada día)
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)			AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (<i>Use fluticasone-salmeterol</i>)	NF	
DALIRESP (<i>Use roflumilast</i>)	NP	QL(1 cada día)	AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (<i>Use fluticasone-salmeterol</i>)	NF	
roflumilast	P	QL(1 cada día)	AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (<i>Use fluticasone-salmeterol</i>)	NF	
Inhalantes con esteroides			albuterol sulfate AERS	P	QL(8.5 GM por surtido al por menor; 17 GM cada 30 días de venta al por menor)
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (<i>Use fluticasone furoate (inhalation)</i>)	NP	QL(1 cada día)	albuterol sulfate AERS	P	QL(18 GM por surtido al por menor; 36 GM cada 30 días de venta al por menor)
ASMANEX HFA AERO	P	QL(0.44 GM al día)	albuterol sulfate AERS	NP	
budesonide (<i>inhalation</i>) SUSP	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Al menos 1 año - hasta 8 años)	albuterol sulfate AERS	P	QL(6.7 GM por surtido al por menor; 13.4 GM cada 30 días de venta al por menor)
FLOVENT HFA (<i>Use fluticasone propionate hfa</i>)	NP		albuterol sulfate AERS NEBU 0.083 %	P	QL(12.5 ML al día)
fluticasone furoate (<i>inhalation</i>) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	P	QL(1 cada día)	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML	P	QL(375 ML cada 30 días de venta al por menor)
fluticasone propionate (<i>inhalation</i>) AEPB	P		albuterol sulfate NEBU	P	
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT	P	QL(10.6 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)	ALBUTEROL SULFATE NEBU	P	
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	P	QL(12 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)	albuterol sulfate SYRP	P	

Georgia Medicaid

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
<i>albuterol sulfate TABS</i>	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 GM al día)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(11 GM por surtido al por menor)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 80 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(10.2 GM por surtido al por menor)
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(0.14 GM al día)
<i>fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT</i>	P	QL(2 cada día)
<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ML al día)
<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 GM al día)
PROAIR RESPICLICK 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)
PROVENTIL HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 por surtido al por menor)
SYMBICORT (Use <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>)	NP	
<i>terbutaline sulfate TABS</i>	P	
VENTOLIN HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP	
XOPENEX HFA (Use <i>levalbuterol tartrate</i>)	NP	QL(0.5 GM al día)
Xantinas		
THEO-24 CP24	P	
<i>theophylline ELIX</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>theophylline SOLN</i>	P	QL(475 ML por surtido al por menor)
<i>theophylline TB12</i>	P	
<i>theophylline TB24</i>	P	
ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
Anticoagulantes cumarínicos		
<i>warfarin sodium TABS</i>	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 <i>fondaparinux sodium</i>)	NP	SP; PA
<i>enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML</i>	P	SP
<i>enoxaparin sodium SOSY</i>	P	SP; PA
<i>fondaparinux sodium</i>	P	SP; PA
FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	P	SP; PA
FRAGMIN SOSY	P	SP; PA
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use <i>enoxaparin sodium</i>)	NP	SP
LOVENOX SOSY (Use <i>enoxaparin sodium</i>)	NP	SP; PA
Inhibidores de la trombina		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS</i>	P	
PRADAXA CAPS (Use <i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	NP	

Georgia Medicaid

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
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones		
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas		
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
DIASTAT PEDIATRIC GEL (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG</i>	NP	
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL</i>	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
KLONOPIN TABS (<i>Use clonazepam</i>)	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
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA
Anticonvulsivantes - Varios		
BANZEL SUSP (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA
BANZEL TABS (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>carbamazepine CHEW 100 MG</i>	P	
<i>carbamazepine SUSP</i>	P	
<i>carbamazepine TABS</i>	P	
<i>carbamazepine TB12</i>	P	
DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
EPIDIOLEX	P	SP; PA
FINTEPLA	P	SP; PA
<i>gabapentin CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
<i>gabapentin SOLN</i>	P	
<i>gabapentin TABS 600 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>gabapentin TABS 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)
KEPPRA XR TB24 (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	Use levetiracetam IR; ST
KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(16 ML al día)
KEPPRA TABS 1000 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	
KEPPRA TABS 500 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(6 cada día)
KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(4 cada día)
LAMICTAL XR TB24 (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	Use lamotrigine IR; ST
LAMICTAL CHEW (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	
LAMICTAL TABS (<i>Use lamotrigine</i>)	NP	
<i>lamotrigine CHEW</i>	P	
<i>lamotrigine TABS</i>	P	
<i>lamotrigine TB24</i>	P	Use lamotrigine IR; ST

Georgia Medicaid

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
<i>levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ML al día)	TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (<i>Use topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>topiramate CPSP 25 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>levetiracetam TABS 500 MG</i>	P	QL(6 cada día)	<i>topiramate CPSP 15 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>	P		<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST	<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
MYSOLINE (<i>Use primidone</i>)	NP		<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
NEURONTIN CAPS (<i>Use gabapentin</i>)	NP	QL(9 cada día)	TRILEPTAL SUSP (<i>Use oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN SOLN (<i>Use gabapentin</i>)	NP		TRILEPTAL TABS (<i>Use oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 600 MG (<i>Use gabapentin</i>)	NP	QL(6 cada día)	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (<i>Use zonisamide</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 800 MG (<i>Use gabapentin</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>zonisamide CAPS</i>	P	
<i>oxcarbazepine SUSP</i>	P		Carbamatos		
<i>oxcarbazepine TABS</i>	P		<i>felbamate SUSP</i>	P	
<i>primidone</i>	P		<i>felbamate TABS</i>	P	
<i>rufinamide SUSP</i>	P	SP; PA	FELBATOL SUSP (<i>Use felbamate</i>)	NP	
<i>rufinamide TABS</i>	P	SP; PA	FELBATOL TABS (<i>Use felbamate</i>)	NP	
TEGRETOL SUSP (<i>Use carbamazepine</i>)	NP		Moduladores GABA		
TEGRETOL TABS (<i>Use carbamazepine</i>)	NP		SABRIL PACK (<i>Use vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TEGRETOL-XR TB12 (<i>Use carbamazepine</i>)	NP		SABRIL TABS (<i>Use vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (<i>Use topiramate</i>)	NP	QL(8 cada día)	<i>tiagabine hcl</i>	P	
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (<i>Use topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 200 MG (<i>Use topiramate</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 100 MG (<i>Use topiramate</i>)	NP	QL(4 cada día)	Hidantoinas		
			DILANTIN (<i>Use phenytoin sodium extended</i>)	P	
			DILANTIN	P	
			DILANTIN INFATABS CHEW (<i>Use phenytoin</i>)	P	

Georgia Medicaid

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
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin)	P		divalproex sodium TBEC 125 MG	P	QL(2 cada día)
DILANTIN SUSP (Use phenytoin)	P		divalproex sodium TBEC 500 MG	P	QL(7 cada día)
phenytoin sodium extended 100 MG	P		divalproex sodium TBEC 250 MG	P	QL(3 cada día)
phenytoin sodium SOLN	P		valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML	P	
phenytoin CHEW	P		valproic acid CAPS	P	
phenytoin SUSP	P		ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos para tratar la depresión		
Succinimidas			Antagonistas de los receptores alfa-2 (tetracíclicos)		
ethosuximide CAPS	P		mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG	P	QL(1 cada día)
ethosuximide SOLN	P		mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP		mirtazapine TABS 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP		mirtazapine TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
Ácido valproico			mirtazapine TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	mirtazapine TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 cada día)	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1 cada día)
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERON TABS 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 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 150 MG	P	QL(3 cada día)
			bupropion hcl TB12 200 MG	P	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

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
<i>bupropion hcl TB12 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	CELEXA TABS 40 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 150 MG</i>	P	QL(3 cada día)	CELEXA TABS 10 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	CELEXA TABS 20 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)
FORFIVO XL TB24 (Use <i>bupropion hcl</i>)	NF		<i>citalopram hydrobromide SOLN</i>	P	
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS 10 MG</i>	P	QL(4 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>citalopram hydrobromide TABS 20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>escitalopram oxalate TABS 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(3 cada día)	<i>escitalopram oxalate TABS 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo			<i>escitalopram oxalate TABS 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
ZULRESSO	P	SP; PA	<i>fluoxetine hcl CAPS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)
Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI)			<i>fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
NARDIL (Use <i>phenelzine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl SOLN</i>	P	QL(600 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 6 años)
PARNATE (Use <i>tranylcypromine sulfate</i>)	NP		<i>fluoxetine hcl TABS 20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>phenelzine sulfate</i>	P		<i>fluoxetine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
<i>tranylcypromine sulfate</i>	P		<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)			<i>fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
SPRAVATO (56 MG DOSE)	P	SP; PA			
SPRAVATO (84 MG DOSE)	P	SP; PA			
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)					

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)
LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años)	Moduladores de la serotonina		
LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)	nefazodone hcl	P	
paroxetine hcl SUSP	P	QL(40 ML al día); PA	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG	P	
paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)	trazodone hcl TABS 300 MG	P	QL(2 cada día)
paroxetine hcl TABS 10 MG	P	QL(6 cada día)	TRINTELLIX	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años); PA
paroxetine hcl TABS 20 MG	P	QL(3 cada día)	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl)	NP	QL(1 cada día); PA
paroxetine hcl TB24	P		vilazodone hcl TABS	P	QL(1 cada día); PA
PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl)	NP		Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI)		
PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl)	NP	QL(40 ML al día); PA	CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(3 cada día)	desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG	P	QL(1 cada día); ST
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(6 cada día)	desvenlafaxine succinate 100 MG	P	QL(4 cada día); ST
PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(2 cada día)	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
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)
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(4 cada día)	EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(4 cada día)
sertraline hcl CONC	P	QL(6 ML al día)	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
sertraline hcl TABS 100 MG	P	QL(2 cada día)	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ML al día)	venlafaxine hcl CP24 150 MG	P	QL(2 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)

Georgia Medicaid

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
<i>venlafaxine hcl CP24 37.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>venlafaxine hcl TABS</i>	P		<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>glipizide-metformin hcl</i>	P	
<i>venlafaxine hcl TB24 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>glyburide-metformin</i>	P	
Medicamentos tricíclicos			<i>KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl)</i>	NP	
<i>amitriptyline hcl TABS</i>	P		<i>KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>amoxapine</i>	P		<i>OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG (Use alogliptin-pioglitazone)</i>	NP	
<i>ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl)</i>	NP		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>clomipramine hcl 75 MG</i>	P		<i>saxagliptin-metformin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
<i>desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG</i>	P		<i>SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24</i>	P	QL(1 cada día)
<i>desipramine hcl TABS 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24</i>	P	QL(2 cada día)
<i>doxepin hcl CAPS</i>	P		<i>SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS</i>	P	QL(2 cada día)
<i>doxepin hcl CONC</i>	P		<i>SOLQUA</i>	P	QL(0.6 ML al día); PA
<i>imipramine hcl TABS</i>	P		<i>XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl)</i>	NP	
<i>NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)	<i>ZITUVIMET XR TB24</i>	NP	
<i>NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl)</i>	NP		<i>ZITUVIMET TABS</i>	NP	
<i>nortriptyline hcl CAPS</i>	P		Biguanidas		
<i>nortriptyline hcl SOLN</i>	P	QL(20 ML al día)	<i>GLUMETZA TB24 (Use metformin hcl)</i>	NF	
<i>PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl)</i>	NP		<i>metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG</i>	P	
ANTIDIABÉTICOS - Medicamentos para regular la concentración de azúcar en sangre			<i>metformin hcl TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Combinaciones de antidiabéticos			<i>metformin hcl TB24 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)			
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	P	QL(2 cada día)			
<i>alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG</i>	P				

Georgia Medicaid

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
<i>metformin hcl TB24 750 MG</i>	P	QL(3 cada día)	TGT GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
Otros antidiabéticos			TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
BD GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	WALGREENS GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	WALGREENS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
CVS SOFT GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
DEX4	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>alogliptin benzoate</i>	P	
DEX4 NATURALS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i>)	NP	
FT GLUCOSE CHEW 4 GM	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (Use <i>glucagon</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)	<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
<i>glucagon SOLR IJ 1 MG</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)	SITAGLIPTIN	P	QL(1 cada día)
GLUCO TO GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	ZITUVIO	NP	
GLUCOSE 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Medicamentos miméticos de incretina		
GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	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)
GNP GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	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)
HY-VEE 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)
KROGER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML</i>	P	QL(0.04 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)
RA GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
RELION GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			

Georgia Medicaid

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
TRULICITY	P	QL(2 ML cada 28 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años); PA	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
VICTOZA (Use <i>liraglutide</i>)	NP	QL(0.3 ML al día); AL(AI menos 10 años)	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP	NP	
Insulina			NOVOLIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
ADMELOG SOLOSTAR SOPN	NP		NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN	NP	
ADMELOG SOLN IJ	NP		NOVOLIN N FLEXPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	NP		NOVOLIN N RELION SUSP	NP	
HUMALOG SOLN IJ	NP		NOVOLIN N SUSP	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)	NOVOLIN R RELION SOLN IJ	NP	
HUMULIN 70/30 SUSP	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	NOVOLIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)
HUMULIN N KWIKPEN SUPN	P	OTC; QL(1 ML al día)	SEMGLEE (YFGN) SOLN	NP	
HUMULIN N SUSP	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	SEMGLEE (YFGN) SOPN	NP	
HUMULIN R SOLN IJ	P	OTC; QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	Medicamentos sensibilizadores de la insulina		
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN	P	QL(1 ML al día)	ACTOS (Use <i>pioglitazone hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	NP		<i>pioglitazone hcl</i>	P	QL(1 cada día)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	P	QL(1 ML al día)	Análogos de la meglitinida		
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN	P	QL(1.34 ML al día)	<i>nateglinide</i>	P	QL(3 cada día)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN	P		Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2)		
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN	P	QL(1 ML al día)	<i>dapagliflozin propanediol</i>	P	QL(1 cada día)
INSULIN LISPRO SOLN IJ	P	QL(40 ML cada 30 días de venta al por menor)	FARXIGA (Use <i>dapagliflozin propanediol</i>)	NP	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN	NP		Sulfonilureas		
			<i>glimepiride 4 MG</i>	P	QL(2 cada día)
			<i>glimepiride 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 cada día)
			<i>glipizide TABS</i>	P	
			<i>glipizide TB24</i>	P	

Georgia Medicaid

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
GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide)	NP		CHEMET	P	
glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P		deferasirox PACK	P	SP; PA
glyburide TABS	P		deferasirox TABS	P	SP; PA
GLYNASE 3 MG (Use glyburide micronized)	NP		deferasirox TBSO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea			deferiprone TABS	P	SP; PA
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios			EXJADE TBSO (Use deferasirox)	NP	SP; PA
bismuth subsalicylate CHEW 262 MG	P	OTC	FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC	FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC	FERRIPROX TABS (Use deferiprone)	NP	SP; PA
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC	JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox)	NP	SP; PA
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate)	NP	OTC	JADENU TABS (Use deferasirox)	NP	SP; PA
Medicamentos antiperistálticos			Antídotos y antagonistas específicos		
diphenoxylate w/ atropine LIQD	P		ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
diphenoxylate w/ atropine TABS	P		BRIDION SOLN	P	PA
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC	deferoxamine mesylate	P	SP; PA
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl)	NP	OTC; QL(8 cada día)	DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate)	NP	SP; PA
LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine)	NP		SM IPECAC SYRUP	P	
loperamide hcl CAPS	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC	VISTOGARD	P	
loperamide hcl TABS	P	OTC; QL(8 cada día)	Antagonistas opioides		
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS			naloxone hcl LIQD	P	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
Antídotos - agentes quelantes			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)
			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		

Georgia Medicaid

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
náuseas y los vómitos					
Antagonistas de los receptores 5-HT ₃					
<i>ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML</i>	P	QL(50 ML cada 30 días de venta al por menor)	DIFLUCAN TABS 150 MG (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>ondansetron hcl TABS 24 MG</i>	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use <i>fluconazole</i>)	NP	
<i>ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>fluconazole SUSR</i>	P	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>fluconazole TABS 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>ondansetron TBDP 16 MG</i>	P		<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
Antieméticos - anticolinérgicos			<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
ANTIVERT CHEW (Use <i>meclizine hcl</i>)	NP	OTC; RX/OTC	<i>itraconazole CAPS</i>	P	QL(1 cada día); PA
<i>dimenhydrinate TABS</i>	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)	SPORANOX CAPS (Use <i>itraconazole</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
DRAMAMINE CHEW	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)	ANTIISTAMÍNICOS - Medicamentos para tratar las alergias		
DRAMAMINE TABS (Use <i>dimenhydrinate</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)	Antihistamínicos - alquilaminas		
<i>meclizine hcl CHEW</i>	P	OTC; RX/OTC	<i>chlorpheniramine maleate SYRP</i>	P	OTC
<i>meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG</i>	P	RX/OTC	<i>chlorpheniramine maleate TABS</i>	P	OTC; QL(120 por surtido al por menor)
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos			Antihistamínicos - etanolaminas		
Antifúngicos			BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>griseofulvin microsize SUSP</i>	P		BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS	P	QL(4 cada día)
<i>griseofulvin microsize TABS</i>	P		BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	P		BENADRYL ALLERGY CAPS (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>nystatin TABS</i>	P	QL(6 cada día)	BENADRYL ALLERGY TABS (Use <i>diphenhydramine hcl</i>)	NP	OTC; QL(4 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS</i>	P	QL(90 cada 120 días de venta al por menor)	CLEMASZ TABS 2.68 MG (Use <i>clemastine fumarate</i>)	NF	
Imidazole- Antifúngicos relacionados			DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
DIFLUCAN SUSR (Use <i>fluconazole</i>)	NP	QL(70 ML por surtido al por menor)			

Georgia Medicaid

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
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS	P	QL(4 cada día)	<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60 MG	P	QL(2 cada día)
<i>diphenhydramine hcl</i> ELIX 12.5 MG/5ML	P	QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS	P	RX/OTC
<i>diphenhydramine hcl</i> LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>loratadine</i> SOLN	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>diphenhydramine hcl</i> TABS 25 MG	P	OTC; QL(4 cada día)	<i>loratadine</i> TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
Antihistamínicos no sedantes			<i>loratadine</i> TBDP 10 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (<i>Use fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (<i>Use levocetirizine dihydrochloride</i>)	NP	RX/OTC
ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (<i>Use fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	ZYRTEC ALLERGY TABS (<i>Use cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl</i> CHEW	P	QL(1 cada día)	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY CHEW 10 MG (<i>Use cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl</i> SOLN PO	P	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY SOLN PO (<i>Use cetirizine hcl</i>)	NP	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>cetirizine hcl</i> SYRP PO 1 MG/ML	P	QL(240 ML por surtido al por menor); RX/OTC	ZYRTEC CHEW 10 MG (<i>Use cetirizine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>cetirizine hcl</i> TABS	P	QL(1 cada día)	Antihistamínicos - fenotiazinas		
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>promethazine hcl</i> SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>promethazine hcl</i> SUPP	P	QL(12 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>promethazine hcl</i> TABS	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (<i>Use loratadine</i>)	NF		Antihistamínicos - piperidinas		
CLARITIN SOLN (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP	P	
CLARITIN TABS (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	<i>ciproheptadine hcl</i> TABS	P	
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 180 MG	P	QL(1 cada día)	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto		
			Inhibidores de la proteína similar a la angiotensina		
			EVKEEZA	P	SP; PA
			Antihiperlipidémicos - combinaciones		

Georgia Medicaid

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
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	P	QL(1 cada día); ST	Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA		
VYTORIN (Use <i>ezetimibe-simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día); ST	<i>atorvastatin calcium TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Secuestrantes de ácidos biliares			<i>CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium)</i>	NP	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
<i>cholestyramine light PACK</i>	P		<i>LIPITOR TABS (Use atorvastatin calcium)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>cholestyramine light POWD</i>	P		<i>lovastatin TABS 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>cholestyramine PACK</i>	P		<i>lovastatin TABS 10 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>cholestyramine POWD</i>	P		<i>pravastatin sodium</i>	P	QL(1 cada día)
COLESTID FLAVORED GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP		<i>rosuvastatin calcium TABS</i>	P	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
COLESTID GRAN (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP		<i>simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
COLESTID TABS (Use <i>colestipol hcl</i>)	NP		ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use <i>simvastatin</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>colestipol hcl GRAN</i>	P		Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol		
<i>colestipol hcl TABS</i>	P		<i>ezetimibe</i>	P	ST
QUESTRAN LIGHT POWD (Use <i>cholestyramine light</i>)	NP		ZETIA (Use <i>ezetimibe</i>)	NP	ST
QUESTRAN PACK (Use <i>cholestyramine</i>)	NP		Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP)		
QUESTRAN POWD (Use <i>cholestyramine</i>)	NP		JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA
Derivados del ácido fibríco			Derivados del ácido nicotínico		
<i>fenofibrate micronized 67 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>niacin (antihyperlipidemic) TABS</i>	P	
<i>fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG</i>	P	QL(1 cada día)	<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR</i>	P	
<i>fenofibrate TABS 160 MG</i>	P	QL(1 cada día)	Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9		
<i>fenofibrate TABS 54 MG</i>	P	QL(3 cada día)	LEQVIO	P	SP; PA
FENOGLIDE TABS (Use <i>fenofibrate</i>)	NF		PRALUENT SOAJ	P	SP; PA
<i>gemfibrozil TABS</i>	P	QL(2 cada día)	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	P	SP; PA
LOPID TABS (Use <i>gemfibrozil</i>)	NP	QL(2 cada día)			
TRICOR TABS (Use <i>fenofibrate</i>)	NF				

Georgia Medicaid

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
REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA	<i>metirosine</i>	P	SP; PA
REPATHA SOSY	P	SP; PA	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial			ATACAND (<i>Use candesartan cilexetil</i>)	NP	
Inhibidores de la ECA			AVAPRO 150 MG, 300 MG (<i>Use irbesartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
ACCUPRIL (<i>Use quinapril hcl</i>)	NP		BENICAR (<i>Use olmesartan medoxomil</i>)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 10 MG (<i>Use ramipril</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>candesartan cilexetil</i>	P	
<i>benazepril hcl</i> 5 MG, 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)	COZAAR (<i>Use losartan potassium</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>benazepril hcl</i> 40 MG	P	QL(2 cada día)	DIOVAN TABS (<i>Use valsartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>captopril</i>	P	QL(3 cada día)	<i>irbesartan</i>	P	QL(1 cada día)
<i>enalapril maleate</i> TABS	P	QL(2 cada día)	<i>losartan potassium</i>	P	QL(1 cada día)
<i>fosinopril sodium</i>	P	QL(1 cada día)	MICARDIS (<i>Use telmisartan</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>lisinopril</i> TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)	<i>olmesartan medoxomil</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>lisinopril</i> TABS 2.5 MG	P	QL(1 cada día)	<i>telmisartan</i>	P	QL(1 cada día)
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (<i>Use benazepril hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	<i>valsartan</i> TABS	P	QL(1 cada día)
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</i> CAPS	P	QL(2 cada día)	<i>clonidine hcl</i> TABS	P	
<i>trandolapril</i> 1 MG, 2 MG	P	QL(1 cada día)	<i>doxazosin mesylate</i>	P	
<i>trandolapril</i> 4 MG	P	QL(2 cada día)	<i>guanfacine hcl</i>	P	
VASOTEC TABS (<i>Use enalapril maleate</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>methyldopa</i> TABS	P	
ZESTRIL TABS 2.5 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(1 cada día)	MINIPRESS CAPS (<i>Use prazosin hcl</i>)	NP	
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>Use lisinopril</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>prazosin hcl</i> CAPS	P	
Agentes para el feocromocitoma			<i>terazosin hcl</i>	P	
DEMSEER (<i>Use metirosine</i>)	NP	SP; PA	Combinación de antihipertensivos		
			ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (<i>Use quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	NP	QL(3 cada día)

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

Georgia Medicaid

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
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>telmisartan-amlodipine</i>	P	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone)	NP	QL(2 cada día)
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone)	NP	QL(2 cada día)
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P	
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)
Antihipertensivos - varios		
VECAMYL	P	SP; PA
Vasodiladores		
<i>hydralazine hcl TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>minoxidil 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>minoxidil 2.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
<i>trimethoprim TABS</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
<i>methenamine-hyosc-methylene blue-sod phospheryl sal TABS 81.6 MG</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
URETRON D/S TABS 81.6 MG	P	
Carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium IJ</i>	P	SP; PA
Glucopéptidos		
FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(8 cada día)
VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl)	NP	QL(4 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS 250 MG</i>	P	QL(8 cada día)
<i>vancomycin hcl CAPS 125 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>vancomycin hcl SOLR IV 500 MG</i>	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

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
<i>vancomycin hcl SOLR IV 1 GM</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)	<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	P	
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)	ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM	P	QL(14 por surtido al por menor)	Combinaciones antimaláricas		
Leprostáticos			COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
<i>dapsone</i>	P		Antimaláricos		
Lincosamidas			<i>chloroquine phosphate TABS 250 MG</i>	P	
CLEOCIN (Use <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>)	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)	<i>chloroquine phosphate TABS 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use <i>clindamycin hcl</i>)	NP		DARAPRIM (Use <i>pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>clindamycin hcl 150 MG, 300 MG</i>	P		<i>hydroxychloroquine sulfate 200 MG</i>	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)	KRINTAFEL	P	QL(2 cada 30 días de venta al por menor)
Monobactámicos			<i>mefloquine hcl</i>	P	
CAYSTON	P	SP; PA	PLAQUENIL (Use <i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	
Oxazolidinonas			<i>primaquine phosphate TABS</i>	P	
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use <i>primaquine phosphate</i>)	NP	
Pleuromutilinas			<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
XENLETA TABS	P	SP; PA	SOVUNA 200 MG	P	
Antiinfecciosos urinarios			MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
MACROBID (Use <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>)	NP		Medicamentos antimiasténicos/colinérgicos		
MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use <i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	NP		MESTINON TABS (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>methenamine mandelate</i>	P		MESTINON TBCR (Use <i>pyridostigmine bromide</i>)	NP	
<i>nitrofurantoin</i>	P	QL(40 ML al día)	<i>pyridostigmine bromide TABS 60 MG</i>	P	

Georgia Medicaid

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
<i>pyridostigmine bromide</i> TBCR	P		CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML (Use <i>cyclophosphamide</i>)	NP	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)			<i>cyclophosphamide</i> SOLR IJ	P	SP; PA
Agentes antimicobacterianos			EVOMELA IV	P	SP; PA
<i>ethambutol hcl</i> TABS	P		KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
<i>isoniazid</i> SYRP	P		LEUKERAN	P	
<i>isoniazid</i> TABS	P		<i>melphalan</i>	P	
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use <i>ethambutol hcl</i>)	NP		<i>melphalan hcl</i> IV	P	SP; PA
MYCOBUTIN (Use <i>rifabutin</i>)	NP		MYLERAN TABS	P	
<i>pyrazinamide</i>	P		TEMODAR SOLR	P	SP; PA
<i>rifabutin</i>	P		<i>temozolomide</i> CAPS	P	SP; PA
<i>rifampin</i> CAPS	P		TEPADINA (Use <i>thiotepa</i>)	NP	SP; PA
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer			<i>thiotepa</i>	P	SP; PA
Medicamentos alquilantes			TREANDA SOLR (Use <i>bendamustine hcl</i>)	NP	SP; PA
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA	VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HCL SOLN	P	SP; PA	YONDELIS	P	SP; PA
<i>bendamustine hcl</i> SOLR	P	SP; PA	ZEPZELCA	P	SP; PA
BENDEKA SOLN	P	SP; PA	Antimetabolitos		
<i>carboplatin</i> SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML	P	SP; PA	ALIMTA SOLR (Use <i>pemetrexed disodium</i>)	NP	SP; PA
<i>cisplatin</i> SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML	P	SP; PA	<i>azacitidine</i> SUSR	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA	<i>capecitabine</i>	P	SP; PA
<i>cyclophosphamide</i> SOLN	P	SP; PA	<i>cladribine</i> 10 MG/10ML	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	<i>cytarabine</i> SOLN	P	SP; PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA	<i>decitabine</i>	P	SP; PA
			<i>fludarabine phosphate</i> SOLN	P	SP; PA
			FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	P	SP; PA
			<i>fludarabine phosphate</i> SOLR	P	SP; PA
			FOLOTYN	P	SP; PA
			<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000 MG/100ML	P	
			<i>mercaptopurine</i> TABS	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML	P		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5 MG	P		MVASI	P	SP; PA
ONUREG TABS	P	SP; PA	ZALTRAP	P	SP; PA
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA	ZIRABEV	P	SP; PA
<i>permetrexed disodium</i> SOLR 100 MG, 500 MG	P	SP; PA	Antineoplásicos - anticuerpos		
PEMFEXY	P	SP; PA	ADCETRIS	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA	ARZERRA	P	SP; PA
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (<i>Use mercaptopurine</i>)	NP		BAVENCIO	P	SP; PA
TABLOID	P	SP; PA	BESPONSA	P	SP; PA
TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P		BLINCYTO	P	SP; PA
VIDAZA SUSR (<i>Use azacitidine</i>)	NP	SP; PA	DARZALEX	P	SP; PA
XELODA (<i>Use capecitabine</i>)	NP	SP; PA	EMPLICITI	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis			ENHERTU	P	SP; PA
CYRAMZA	P	SP; PA	GAZYVA	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA	IMFINZI	P	SP; PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA	JEMPERLI	P	SP; PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA	KADCYLA	P	SP; PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	KEYTRUDA	P	SP; PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	KIMMTRAK	P	SP; PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	LIBTAYO	P	SP; PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA	LOQTORZI	P	SP; PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA	MONJUVI	P	SP; PA
			OPDIVO	P	SP; PA
			PADCEV	P	SP; PA
			POLIVY	P	SP; PA
			POTELIGEO	P	SP; PA
			RIABNI	P	SP; PA
			RITUXAN	P	SP; PA
			RUXIENCE	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

Georgia Medicaid

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
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
PERJETA	P	SP; PA
TRAZIMERA	P	SP; PA
TUKYSA	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2		
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK	P	SP; PA
VENCLEXTA TABS	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunoterapia celular		
ABECMA	P	SP; PA
BREYANZI	P	SP; PA
CARVYKTI	P	SP; PA
TECARTUS	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de los EGFR		
ERBITUX	P	SP; PA
<i>erlotinib hcl</i>	P	SP; PA
EXKIVITY	P	SP; PA
<i>gefitinib</i>	P	SP; PA
GILOTRIF	P	SP; PA
IRESSA (<i>Use gefitinib</i>)	NP	SP; PA
PORTRAZZA	P	SP; PA
TAGRISO	P	SP; PA
TARCEVA (<i>Use erlotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML	P	SP; PA
VIZIMPRO	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la vía Hedgehog		
DAURISMO	P	SP; PA
ERIVEDGE	P	SP; PA
ODOMZO	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antineoplásicos - agentes hormonales y relacionados		
<i>abiraterone acetate</i>	P	SP; PA
<i>anastrozole</i>	P	
ARIMIDEX (<i>Use anastrozole</i>)	NP	
AROMASIN (<i>Use exemestane</i>)	NP	
<i>bicalutamide</i>	P	QL(1 cada día)
CASODEX (<i>Use bicalutamide</i>)	NP	QL(1 cada día)
ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
ELIGARD KIT SC 7.5 MG	P	SP; PA
EMCYT	P	SP; PA
ERLEADA 60 MG	P	SP; PA
EULEXIN	P	
<i>exemestane</i>	P	
FARESTON (<i>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA
FEMARA (<i>Use letrozole</i>)	NP	
<i>letrozole</i>	P	
LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	P	SP; PA
<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA
LYSODREN	P	SP; PA
<i>megestrol acetate SUSP</i>	P	
<i>megestrol acetate TABS</i>	P	
NUBEQA	P	SP; PA
<i>tamoxifen citrate TABS</i>	P	
<i>toremifene citrate</i>	P	PA
VABRINTY SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
XTANDI CAPS	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA
ZYTIGA (<i>Use abiraterone acetate</i>)	NP	SP; PA

Georgia Medicaid

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
Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia			AFINITOR DISPERZ TBSO (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
WELIREG	P	SP; PA	AFINITOR TABS (<i>Use everolimus</i>)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inmunomoduladores			ALECENSA	P	SP; PA
POMALYST	P	SP; PA	ALUNBRIG TABS	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR			ALUNBRIG TBPK	P	SP; PA
AYVAKIT	P	QL(1 cada día); SP; PA	BALVERSA	P	SP; PA
Antibióticos antineoplásicos			BELEODAQ	P	SP; PA
<i>daunorubicin hcl SOLN</i>	P	SP; PA	<i>bortezomib SOLR IJ</i>	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HCL SOLN (<i>Use daunorubicin hcl</i>)	NP	SP; PA	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA
ELLECE SOLN	P	SP; PA	BOSULIF TABS	P	SP; PA
<i>mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML</i>	P	SP; PA	BRAFTOVI 75 MG	P	SP; PA
<i>valrubicin</i>	P	SP; PA	BRUKINSA	P	SP; PA
VALSTAR (<i>Use valrubicin</i>)	NP	SP; PA	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA
Combinaciones antineoplásicas			CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 cada día); SP; PA
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA	CAPRELSA	P	SP; PA
HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
INQOVI	P	SP; PA	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	P	SP; PA	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	P	SP; PA	COPIKTRA	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	P	SP; PA	COTELLIC	P	SP; PA
LONSURF	P	SP; PA	<i>dasatinib</i>	P	SP; PA
OPDUALAG	P	SP; PA	<i>everolimus TABS</i>	P	SP; PA
PHESGO	P	SP; PA	<i>everolimus TBSO</i>	P	SP; PA
RITUXAN HYCELA	P	SP; PA	FOTIVDA	P	SP; PA
VYXEOS	P	SP; PA	FYARRO	P	SP; PA
Inhibidores enzimáticos antineoplásicos			GAVRETO	P	SP; PA
			GLEEVEC TABS (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA
			IBRANCE CAPS	P	SP; PA
			IBRANCE TABS	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ICLUSIG	P	QL(1 cada día); SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA	RETEVMO CAPS	P	SP; PA
<i>imatinib mesylate TABS</i>	P	SP; PA	ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA	<i>romidepsin SOLR</i>	P	SP; PA
IMBRUVICA TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	ROZLYTREK CAPS	P	SP; PA
INREBIC	P	SP; PA	RUBRACA	P	SP; PA
ISTODAX SOLR (<i>Use romidepsin</i>)	NP	SP; PA	RYDAPT	P	SP; PA
JAKAFI	P	QL(2 cada día); SP; PA	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA
KISQALI (200 MG DOSE)	P	SP; PA	SCEMBLIX 100 MG	P	SP
KISQALI (400 MG DOSE)	P	SP; PA	<i>sorafenib tosylate</i>	P	SP; PA
KISQALI (600 MG DOSE)	P	SP; PA	SPRYCEL (<i>Use dasatinib</i>)	NP	SP; PA
KOSELUGO	P	SP; PA	STIVARGA	P	SP; PA
KYPROLIS	P	SP; PA	<i>sunitinib malate</i>	P	SP; PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	P	SP; PA	SUTENT (<i>Use sunitinib malate</i>)	NP	SP; PA
LORBRENA	P	SP; PA	TABRECTA	P	SP; PA
LUMAKRAS	P	SP; PA	TAFINLAR CAPS	P	SP; PA
LYNPARZA TABS	P	QL(4 cada día); SP; PA	TALZENNA	P	SP; PA
MEKINIST TABS	P	SP; PA	TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG (<i>Use nilotinib hcl</i>)	NP	SP; PA
MEKTOVI	P	SP; PA	TAZVERIK	P	SP; PA
NERLYNX	P	SP; PA	<i>temsirolimus</i>	P	SP; PA
NEXAVAR (<i>Use sorafenib tosylate</i>)	NP	SP; PA	TIBSOVO	P	SP; PA
<i>nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG</i>	P	SP; PA	TORISEL (<i>Use temsirolimus</i>)	NP	SP; PA
NINLARO	P	SP; PA	TURALIO 125 MG	P	SP; PA
<i>pazopanib hcl</i>	P	SP; PA	TYKERB (<i>Use lapatinib ditosylate</i>)	NP	SP; PA
PEMAZYRE	P	SP; PA	VELCADE SOLR IJ (<i>Use bortezomib</i>)	NP	SP; PA
PHYRAGO 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG	P	SP; PA	VERZENIO	P	QL(2 cada día); SP; PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA	VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA	VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA	VONJO	P	SP; PA
			VOTRIENT	P	SP; PA

Georgia Medicaid

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
VOTRIENT (<i>Use pazopanib hcl</i>)	NP	SP; PA	KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
XALKORI CAPS	P	SP; PA	Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
XOSPATA	P	SP; PA	<i>dexrazoxane hcl</i>	P	SP; PA
ZEJULA CAPS	P	SP; PA	KHAPZORY 175 MG	P	SP; PA
ZELBORAF	P	SP; PA	<i>leucovorin calcium TABS</i>	P	
ZOLINZA	P	SP; PA	<i>levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML</i>	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA	<i>levoleucovorin calcium SOLR</i>	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA	<i>mesna SOLN</i>	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas			<i>mesna TABS</i>	P	SP; PA
ASPARLAS	P	SP; PA	MESNEX SOLN (<i>Use mesna</i>)	NP	SP; PA
ONCASPAS	P	SP; PA	MESNEX TABS	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA	VORAXAZE	P	SP; PA
Radiofármacos antineoplásicos			Inhibidores mitóticos		
AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA	ABRAXANE (<i>Use paclitaxel protein-bound particles</i>)	NP	SP; PA
AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA	BEIZRAY CONC 20 MG/ML	P	SP; PA
Antineoplásicos varios			<i>docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML</i>	P	SP; PA
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
ALFERON N	P	SP; PA	DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (<i>Use docetaxel</i>)	NP	SP; PA
<i>arsenic trioxide</i>	P	SP; PA	<i>docetaxel SOLN</i>	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA	DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
<i>bexarotene</i>	P	SP; PA	DOCETAXEL SOLN (<i>Use docetaxel</i>)	NP	SP; PA
HYDREA (<i>Use hydroxyurea</i>)	NP		DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
<i>hydroxyurea</i>	P		<i>eribulin mesylate</i>	P	SP; PA
MATULANE	P	SP; PA	<i>etoposide CAPS</i>	P	SP; PA
PHOTOFRIN	P	SP; PA			
PROLEUKIN	P	SP; PA			
SYNRIBO	P	SP; PA			
TARGRETIN (<i>Use bexarotene</i>)	NP	SP; PA			
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	P	SP; PA			
TRISENOX (<i>Use arsenic trioxide</i>)	NP	SP; PA			
Coadyuvantes quimioterapéuticos					

Georgia Medicaid

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

Georgia Medicaid

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

Georgia Medicaid

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
SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)	<i>aripiprazole TABS</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA	<i>aripiprazole TBDP</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)	ARISTADA	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	ARISTADA INITIO	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (<i>Use olanzapine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)	Tioxantenos		
Dihidroindolonas			<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)	ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Fenotiazinas			Antisépticos y desinfectantes		
<i>chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>formaldehyde SOLN 10 %</i>	P	QL(90 ML por surtido al por menor)
<i>chlorpromazine hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)	Antisépticos con cloro		
<i>fluphenazine decanoate</i>	P		<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	NP	
<i>fluphenazine hcl TABS</i>	P		<i>chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %</i>	P	OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)
<i>perphenazine TABS</i>	P	QL(4 cada día)	<i>HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate)</i>	NP	
<i>prochlorperazine</i>	P		ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
<i>prochlorperazine maleate TABS</i>	P		Antiretrovirales		
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 cada día)	<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>trifluoperazine hcl TABS</i>	P	QL(2 cada día)	<i>abacavir sulfate SOLN</i>	P	QL(30 ML al día)
Derivados de quinolinonas			<i>abacavir sulfate TABS</i>	P	QL(2 cada día)
ABILIFY MAINTENA PRSY	P	SP; PA	APTIVUS CAPS	P	QL(4 cada día); ST
ABILIFY MAINTENA SRER	P	SP; PA	<i>atazanavir sulfate CAPS 300 MG</i>	P	
ABILIFY TABS (<i>Use aripiprazole</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	<i>atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>aripiprazole SOLN PO</i>	P	QL(750 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 6 años)	BIKTARVY	P	QL(1 cada día)
			CIMDUO	P	QL(1 cada día); ST
			COMBIVIR (<i>Use lamivudine-zidovudine</i>)	NP	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

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

Georgia Medicaid

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

Georgia Medicaid

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
Medicamentos contra el CMV			<i>oseltamivir phosphate CAPS 45 MG, 75 MG</i>	P	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
LIVTENCITY	P	SP; PA	<i>oseltamivir phosphate CAPS 30 MG</i>	P	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
PREVYMIS SOLN	P	SP; PA	<i>oseltamivir phosphate SUSR</i>	P	QL(120 ML cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
PREVYMIS TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	RELENZA DISKHALER	P	QL(20 por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
VALCYTE TABS (Use <i>valganciclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(10 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
<i>valganciclovir hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día)	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(20 cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
Medicamentos contra la hepatitis			TAMIFLU SUSR (Use <i>oseltamivir phosphate</i>)	NP	QL(120 ML cada 31 días de venta al por menor); 1 surtido máx. cada 180 días de venta al por menor
MAVYRET PACK	P	QL(6 cada día); SP; PA	BETABLOQUEADORES - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
MAVYRET TABS	P	QL(3 cada día); SP; PA	Alfa-Beta bloqueadores		
PEGASYS SOLN	P	SP; PA	<i>carvedilol 25 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>ribavirin (hepatitis c) CAPS</i>	P	SP; PA	<i>carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG</i>	P	SP; PA	<i>carvedilol phosphate</i>	P	QL(1 cada día)
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS	P	QL(1 cada día); SP; PA	COREG 25 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(4 cada día)
SOVALDI TABS	P	SP; PA	COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use <i>carvedilol</i>)	NP	QL(3 cada día)
VEMLIDY	P	SP; PA			
Medicamentos contra el herpes					
<i>acyclovir CAPS</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>acyclovir SUSP</i>	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)			
<i>acyclovir TABS PO 400 MG</i>	P	QL(3 cada día)			
<i>acyclovir TABS PO 800 MG</i>	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>famciclovir</i>	P				
<i>valacyclovir hcl 500 MG</i>	P	QL(2 cada día)			
<i>valacyclovir hcl 1 GM</i>	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)			
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)			
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)			
Medicamentos contra la gripe					

Georgia Medicaid

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
COREG CR (Use carvedilol phosphate)	NP	QL(1 cada día)	CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (Use nadolol)	NP	QL(2 cada día)
labetalol hcl TABS 200 MG, 400 MG	P	QL(6 cada día)	INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl)	NP	QL(2 cada día)
labetalol hcl TABS 300 MG	P	QL(8 cada día)	nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	P	QL(2 cada día)
labetalol hcl TABS 100 MG	P	QL(3 cada día)	pindolol TABS	P	
Betabloqueadores cardio-selectivos			propranolol hcl CP24	P	QL(2 cada día)
acebutolol hcl CAPS	P		propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML	P	
atenolol TABS	P	QL(2 cada día)	propranolol hcl TABS	P	
bisoprolol fumarate	P	QL(1 cada día)	sotalol hcl (afib/afí)	P	QL(2 cada día)
LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate)	NP	QL(4 cada día)	sotalol hcl TABS 240 MG	P	
LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate)	NP	QL(4.5 cada día)	sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG	P	QL(2 cada día)
metoprolol succinate TB24 200 MG	P	QL(2 cada día)	timolol maleate TABS	P	
metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG	P	QL(4 cada día)	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial		
metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	Bloqueadores de los canales de calcio		
metoprolol tartrate TABS 100 MG	P	QL(4.5 cada día)	amlodipine besylate TABS	P	QL(1 cada día)
TENORMIN TABS (Use atenolol)	NP	QL(2 cada día)	CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads)	NP	QL(2 cada día)
TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(2 cada día)	CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads)	NP	QL(1 cada día)
TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(4 cada día)	CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl)	NP	QL(3 cada día)
Betabloqueadores no selectivos			diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG	P	QL(2 cada día)
BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/afí))	NP	QL(2 cada día)	diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG	P	QL(1 cada día)
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl)	NP	QL(2 cada día)	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	P	QL(1 cada día)
			diltiazem hcl extended release beads 240 MG	P	QL(2 cada día)

Georgia Medicaid

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
<i>diltiazem hcl CP12</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>felodipine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nicardipine hcl CAPS</i>	P	
<i>nifedipine CAPS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>nifedipine TB24 30 MG, 90 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>nifedipine TB24 60 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>NORVASC TABS (Use amlodipine besylate)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>verapamil hcl TABS</i>	P	QL(3 cada día)
<i>verapamil hcl TBCR</i>	P	QL(2 cada día)
<i>VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>VERELAN CP24 (Use verapamil hcl)</i>	NP	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
CARDIOTÓNICOS - Medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca y el ritmo cardíaco anormal		
Glucósidos cardíacos		
<i>digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML</i>	P	
<i>digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG</i>	P	
<i>LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin)</i>	P	
<i>LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin)</i>	P	
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
Inhibidores de la miosina cardíaca		
<i>CAMZYOS</i>	P	SP; PA
Medicamentos cardiovasculares - varios - combinaciones		
<i>ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG, 26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (Use sacubitril-valsartan)</i>	NP	QL(2 cada día)
<i>sacubitril-valsartan TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Medicamentos contra la impotencia		
<i>BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>IFE-BIMIX 30/1 SOLN</i>	P	PA
<i>SUPER BI-MIX SOLR</i>	P	PA
<i>SUPER TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
<i>TRI-MIX SOLR</i>	P	SP; PA
Vasodilatadores prostaglandínicos		
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA
<i>FLOLAN (Use epoprostenol sodium)</i>	NP	SP; PA
<i>ORENITRAM TBCR</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO REFILL KIT SOLN IN</i>	P	SP; PA
<i>TYVASO STARTER KIT SOLN IN</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TYVASO SOLN IN	P	SP; PA
VELETRI (Use <i>epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA
VENTAVIS IN	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - antagonistas de los receptores de la endotelina		
<i>ambrisentan</i>	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>bosentan TABS</i>	P	SP; PA
<i>bosentan TBSO 32 MG</i>	P	SP; PA
LETAIRIS (Use <i>ambrisentan</i>)	NP	QL(1 cada día); SP; PA
TRACLEER TABS (Use <i>bosentan</i>)	NP	SP; PA
TRACLEER TBSO 32 MG (Use <i>bosentan</i>)	NP	SP; PA
Hipertensión pulmonar - inhibidores de la fosfodiesterasa		
ADCIRCA TABS (Use <i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SOLN (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO SUSR (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
REVATIO TABS (Use <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>)	NP	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR</i>	P	SP; PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension) TABS</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Hipertensión pulmonar - agonistas de los receptores de prostaciclina		
UPTRAVI TITRATION TBPk	P	SP; PA
UPTRAVI SOLR	P	SP; PA
UPTRAVI TABS	P	SP; PA
Hipertensión pulmonar - estimuladores de la guanilato ciclasa soluble		
ADEMPAS	P	SP; PA
Estabilizadores de la transtiretina		
VYNDAMAX	P	QL(1 cada día); SP; PA
VYNDAQEL	P	QL(4 cada día); SP; PA
CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Cefalosporinas de primera generación		
<i>cefadroxil CAPS</i>	P	
<i>cefadroxil SUSR</i>	P	
<i>cefadroxil TABS</i>	P	
<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>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)

Georgia Medicaid

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
<i>cefdinir SUSR</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>	P	
<i>cefixime CAPS</i>	P		<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	P	
<i>ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG</i>	P	QL(3 por surtido al por menor)	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	P	
PRODUCTOS QUÍMICOS			<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P	
Productos químicos a granel - O's			<i>norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG</i>	P	QL(2 cada día)
OMEPRazole	P	PA	TYBLUME CHEW	P	
Productos químicos a granel - P's			<i>YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol)</i>	NP	QL(1 cada día)
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA	<i>YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)</i>	NP	QL(1 cada día)
ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo			Anticonceptivos combinados - transdérmicos		
Anticonceptivos combinados - Orales			<i>norelgestromin-ethinyl estradiol</i>	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	P		Anticonceptivos combinados - vaginales		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)</i>	P		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	P		<i>NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)</i>	NP	QL(1 por surtido al por menor)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	P	QL(1 cada día)	Anticonceptivos de emergencia		
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	P	QL(1 cada día)	ELLA	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel & eth estradiol TABS</i>	P		<i>levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG</i>	P	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	P		<i>PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc))</i>	NP	QL(1 cada 21 días de venta al por menor)
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 0.03 MG-0.15 MG</i>	P	QL(91 por surtido al por menor)	Anticonceptivos de progestina - inyectables		
<i>norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG</i>	P		<i>DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))</i>	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	P				
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>	P				
<i>norethindrone acet & eth estra TABS</i>	P				

Georgia Medicaid

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
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)	EMFLAZA TABS (Use deflazacort)	NP	SP; PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	hydrocortisone TABS	P	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone)	NP	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM	P	QL(1 ML por surtido al por menor)	MEDROL TBPB (Use methylprednisolone)	NP	
Anticonceptivos de progestina - orales			methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG	P	
norethindrone (contraceptive)	P		methylprednisolone TBPB	P	
OPILL	NP		PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate)	NP	
OPILL	P		prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
CORTICOSTEROIDES - Medicamentos con hormonas esteroides para tratar la inflamación sistémica			prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML	P	
Glucocorticosteroides			prednisolone SOLN	P	
CORTEF TABS (Use hydrocortisone)	NP		prednisolone TABS	P	
CORTISONE ACETATE TABS	P		PREDNISON INTENSOL CONC	P	
deflazacort SUSP	P	SP; PA	prednisone SOLN	P	
deflazacort TABS	P	SP; PA	prednisone TABS	P	
dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)	prednisone TBPB	P	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)	TARPEYO CPDR	P	SP; PA
dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML	P	QL(150 ML cada 30 días de venta al por menor)	ZILRETTA SRER	P	SP; PA
dexamethasone ELIX	P		Mineralocorticoides		
dexamethasone SOLN	P		fludrocortisone acetate TABS	P	
dexamethasone TABS	P		TOS/RESFRIADO/ALERGIA - Medicamentos para tratar la tos, resfriados y alergias		
EMFLAZA SUSP (Use deflazacort)	NP	SP; PA	Antitusivos		
			benzonatate 100 MG	P	AL(AI menos 10 años - hasta 21 años)

Georgia Medicaid

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
<i>benzonatate 200 MG</i>	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 10 años - 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)
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)	<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)
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>cetirizine-pseudoephedrine</i>	P	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)	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (<i>Use loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN (<i>Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide</i>)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (<i>Use loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
PEDIACARE CHILDRENS LONG-ACT LIQD 7.5 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	P	OTC; AL(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)	<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 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias			<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)
ADVIL COLD/SINUS TABS (<i>Use pseudoephedrine-ibuprofen</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); 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)
			<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)

Georgia Medicaid

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
<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-dm SYRP</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
LOHIST-D LIQD	P	QL(240 ML por surtido al por menor); 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 TB12</i>	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML</i>	P	QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>loratadine & pseudoephedrine TB24</i>	P	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML</i>	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
MAXI-TUSS PE MAX LIQD	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)
MAXI-TUSS PE LIQD	P	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)
MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NF		<i>pseudoephedrine-ibuprofen TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
MUCINEX DM TB12 (Use <i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; 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>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)			

Georgia Medicaid

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
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	Mucolíticos		
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)	<i>acetylcysteine</i> SOLN	P	
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)	DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)	Productos contra el acné		
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)	ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
Expectorantes			BENZAC AC WASH LIQD 5 %	P	RX/OTC
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>benzoyl peroxide</i> BAR	P	
<i>guaifenesin</i> LIQD	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
<i>guaifenesin</i> TB12 600 MG	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	BENZOYL PEROXIDE GEL	P	
<i>guaifenesin</i> TB12 1200 MG	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>benzoyl peroxide</i> LIQD 4 %, 5 %, 10 %	P	
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)	<i>benzoyl peroxide</i> LOTN 5 %, 10 %	P	OTC
MUCINEX TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	BENZOYL PEROXIDE LOTN 5 %, 10 %	P	OTC
Inhalantes respiratorios - varios			CLEOCIN-T LOTN (Use <i>clindamycin phosphate</i> (topical))	NP	
<i>sodium chloride</i> (inhalant) AERS	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)	CLINDAGEL GEL (Use <i>clindamycin phosphate</i> (topical))	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>sodium chloride</i> (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	P		<i>clindamycin phosphate</i> (topical) GEL	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
			<i>clindamycin phosphate</i> (topical) LOTN	P	
			<i>clindamycin phosphate</i> (topical) SOLN	P	
			DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use <i>benzoyl peroxide</i>)	NP	RX/OTC
			<i>erythromycin</i> (acne aid) GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
			<i>erythromycin</i> (acne aid) SOLN	P	

Georgia Medicaid

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
<i>isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin OINT</i>	P	OTC; QL(454 GM por surtido al por menor)
<i>KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne))</i>	NP		<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>RETIN-A CREA (Use tretinoin)</i>	NP	QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin)</i>	NP	OTC; QL(454 por surtido al por menor)
<i>RETIN-A GEL 0.025 % (Use tretinoin)</i>	NP	AL(Hasta 35 años)	<i>NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine)</i>	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin)</i>	NP	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	Antifúngicos tópicos		
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	P		<i>clotrimazole (topical) CREA</i>	P	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 10 %-5 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>clotrimazole (topical) SOLN</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 %</i>	P		<i>clotrimazole w/ betamethasone CREA</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	P	QL(20 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>clotrimazole w/ betamethasone LOTN</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 35 años)	<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>tretinoin GEL 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años)	<i>ketoconazole (topical) CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
Antibióticos tópicos			<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 %</i>	P	
<i>bacitracin (topical) OINT</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>LAMISIL AT ATHLETES FOOT CREA (Use terbinafine hcl (topical))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>bacitracin zinc OINT</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical))</i>	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>gentamicin sulfate (topical) OINT</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical))</i>	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>mupirocin calcium (topical)</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical))</i>	NP	QL(90 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>mupirocin OINT</i>	P				

Georgia Medicaid

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
MICATIN CREA (<i>Use miconazole nitrate (topical)</i>)	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)	EFUDEX CREA (<i>Use fluorouracil (topical)</i>)	NP	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5 %	P	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC	<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 0.5 %	P	
<i>nystatin (topical)</i> CREA	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>nystatin (topical)</i> OINT	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
<i>nystatin (topical)</i> POWD EX	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	TARGRETIN (<i>Use bexarotene (topical)</i>)	NP	SP; PA
<i>nystatin-triamcinolone</i> CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	VALCHLOR	P	SP; PA
<i>nystatin-triamcinolone</i> OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	Antipruriginosos - tópicos		
<i>terbinafine hcl (topical)</i> CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	<i>camphor & menthol</i> LOTN	P	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (<i>Use tolnaftate</i>)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	SARNA LOTN (<i>Use camphor & menthol</i>)	NP	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)
<i>tolnaftate</i> CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	Antipsoriásicos		
Antihistamínicos tópicos			<i>calcipotriene</i> CREA	P	
ITCH RELIEF CREA	P	OTC	<i>calcipotriene</i> SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
Agentes antiinflamatorios tópicos			OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL EX	P	QL(6.68 GM al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor; RX/OTC	PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	NP	SP
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	PYZCHIVA SC 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos			PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
<i>bexarotene (topical)</i>	P	SP; PA	SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
CARAC CREA (<i>Use fluorouracil (topical)</i>)	NP		STEQEYMA	P	SP; PA
			TALTZ SOAJ	P	SP; PA
			TALTZ SOSY	P	SP; PA
			<i>tazarotene</i> CREA	P	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)
			<i>tazarotene</i> GEL	P	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TAZORAC CREA (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)
TAZORAC GEL (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)
USTEKINUMAB-AAUZ SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML	P	SP; PA
YESINTEK SOSY	P	SP; PA
Productos antiseborreicos		
OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
OVACE WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5 %	P	
<i>selenium sulfide</i> LOTN 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>selenium sulfide</i> SHAM 1 %	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SELSUN BLUE LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium</i> LIQD	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical</i> CREA	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical</i> OINT	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)
Productos para quemaduras		
SILVADENE (<i>Use silver sulfadiazine</i>)	NP	
<i>silver sulfadiazine</i>	P	
Corticosteroides - tópicos		
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
<i>betamethasone valerate</i> CREA	P	
<i>betamethasone valerate</i> LOTN	P	
<i>betamethasone valerate</i> OINT	P	
<i>clobetasol propionate emollient base</i> 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> GEL 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> OINT 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN 0.05 %	P	QL(50 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

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
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide)	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) OINT 1 %, 2.5 %	P	RX/OTC
desonide OINT	P	QL(2 GM al día)	hydrocortisone butyrate SOLN	P	
desoximetasone CREA 0.25 %	P	QL(2 GM al día)	HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
desoximetasone CREA 0.05 %	P		mometasone furoate CREA	P	QL(50 GM por surtido al por menor)
desoximetasone GEL	P	QL(2 GM al día)	mometasone furoate OINT	P	QL(45 GM por surtido al por menor)
desoximetasone OINT 0.25 %	P	QL(2 GM al día)	mometasone furoate SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
EPIFOAM FOAM	P	QL(15 GM por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone)	NP	
fluocinolone acetonide OIL	P	QL(118.28 ML por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
fluocinonide emulsified base	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	TOPICORT GEL (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
fluocinonide CREA 0.05 %	P	QL(150 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor	TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
fluocinonide GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	triamcinolone acetonide (topical) CREA	P	
fluocinonide OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	triamcinolone acetonide (topical) LOTN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
fluocinonide SOLN	P	QL(60 ML por surtido al por menor)	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
fluticasone propionate CREA 0.05 %	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 %	P	
fluticasone propionate OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	Medicamentos para el eccema		
HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK	NP		ADBRY SOSY	P	SP; PA
hydrocortisone (topical) CREA 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC	CIBINQO	P	SP; PA
hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %	P		Medicamentos emolientes/queratolíticos		
hydrocortisone (topical) CREA 0.5 %	P	OTC	urea CREA 40 %	P	RX/OTC
hydrocortisone (topical) LOTN 1 %	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor)	urea LOTN 40 %	P	
			Emolientes		
			EMOLLIENT LOTION- MISC	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

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
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA</i>	P	QL(385 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 %</i>	P	QL(1368 GM por surtido al por menor); RX/OTC
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos inmunosupresores tópicos		
<i>ELIDEL (Use 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 (topical) OINT 0.03 %</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 2 años); PA
<i>tacrolimus (topical) OINT 0.1 %</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 16 años); PA
Medicamentos queratolíticos/antimitóticos/vesicantes		
<i>DERMAREST PSORIASIS GEL</i>	P	OTC
<i>KERALYT GEL</i>	P	OTC
<i>KERALYT GEL (Use salicylic acid)</i>	NP	
<i>podofilox SOLN</i>	P	
<i>salicylic acid GEL 6 %</i>	P	
<i>SALICYLIC ACID GEL 3 %</i>	P	OTC
Anestésicos locales tópicos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>capsaicin CREA 0.035 %</i>	P	OTC; QL(42.5 ML por surtido al por menor)
<i>capsaicin CREA 0.1 %</i>	P	OTC; QL(43 GM por surtido al por menor)
<i>capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 %</i>	P	OTC; QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin)</i>	NP	OTC; QL(43 GM por surtido al por menor)
<i>CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Use capsaicin)</i>	NP	OTC; QL(42.5 GM por surtido al por menor)
<i>CASTIVA WARMING LOTN</i>	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>dibucaine</i>	P	OTC; QL(56.7 GM por surtido al por menor)
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<i>lidocaine hcl CREA 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lidocaine hcl GEL 2 %</i>	P	AL(AI menos 21 años)
<i>lidocaine CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<i>lidocaine OINT 5 %</i>	P	QL(100 GM cada 30 días de venta al por menor); 1 paquete por surtido al por menor
<i>lidocaine-prilocaine CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>LMX 4 CREA (Use lidocaine)</i>	NP	OTC; QL(2 GM al día)
Medicamentos de uso tópico - varios		
<i>CVS LANOLIN CREA</i>	P	OTC
<i>DRYSOL SOLN</i>	P	
<i>lanolin (topical) CREA</i>	P	OTC
<i>LANOLOR CREA</i>	P	OTC

Georgia Medicaid

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
OFF DEEP WOODS AERO	P	OTC;QL(170 gm por surtido al por menor;340 gm cada 30 días de venta al por menor)	NATROBA (Use <i>spinosad</i>)	NP	Límite mínimo de edad = 6 meses; QL(120 ML por surtido al por menor; 240 ML cada 30 días de venta al por menor)
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)	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use <i>permethrin</i>)	NP	OTC
REPEL SPORTSMEN MAX LOTN	NP		OVIDE (Use <i>malathion</i>)	NP	QL(59 ML por surtido al por menor)
SAWYER INSECT REPELLENT LOTN	NP		<i>permethrin</i> CREA	P	QL(360 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)	<i>permethrin</i> LIQD EX	P	OTC
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>pyrethrins-piperonyl butoxide</i> LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 %	P	OTC
<i>zinc oxide (topical)</i> OINT 20 %	P	OTC; QL(500 GM por surtido al por menor)	<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover</i> 4 %-0.33 %-0.5 %	P	OTC
Medicamentos contra la rosácea			<i>pyrethrins-piperonyl butoxide</i> SHAM 4 %-0.33 %	P	OTC
METROCREAM CREA (Use <i>metronidazole (topical)</i>)	NP		SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	OTC; QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
<i>metronidazole (topical)</i> CREA	P		<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)
<i>metronidazole (topical)</i> GEL 0.75 %	P	QL(45 GM por surtido al por menor)	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 %	P	OTC
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN	P		Productos derivados del alquitrán		
Escabicidas y pediculicidas			<i>coal tar extract</i> SHAM 0.5 %	P	OTC
<i>crotamiton</i> LOTN	P	QL(454 GM por surtido al por menor)	DHS TAR GEL SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
ELIMITE CREA (Use <i>permethrin</i>)	NP	QL(360 GM por surtido al por menor)	DHS TAR SHAM (Use <i>coal tar extract</i>)	NP	OTC
LICEMD GEL	P	OTC	Productos para el cuidado de heridas		
<i>malathion</i>	P	QL(59 ML por surtido al por menor)			

Georgia Medicaid

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
AMNIOTIC MEMBRANE ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	P	SP; PA	BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP	NP	RX/OTC
APLIGRAF DISK	P	PA	BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML	P	PA	CARESENS N GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
EPICORD SHEET	P	PA	CARESENS S GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT	P	PA	CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT+	P	PA	CARETOUCH TEST STRP	NP	RX/OTC
NOVACHOR	P	PA	CHEMSTRIP K STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED	P	PA	CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED	P	PA	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT	NP	
OSTEOCONDUCTIVE MATRIX PLUS IJ 2 ML, 5 ML, 10 ML	P	PA	CONTOUR PLUS TEST STRP	NP	RX/OTC
PROTEXT SUSP	P	PA	COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT	NP	
PURAPLY	P	PA	COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO			COVID-19 AT-HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
Medicamentos para diagnóstico			CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT KIT	NP	
CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin)	NP	SP; PA	CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
cosyntropin SOLR	P	SP; PA	EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
THYROGEN 0.9 MG	P	SP; PA	EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
Análisis de diagnóstico			EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
2SAN COVID-19 RAPID SELF TEST KIT	NP		EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP	P	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC	ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP		EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
ASSURE TITANIUM STRP	NP	RX/OTC			
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)			
BINAXNOW COVID-19 ANTIGEN SELF KIT	NP				

Georgia Medicaid

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
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT	NP	
FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	NP		ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT	NP	
FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP	NP	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH ULTRA TEST STRP	NP	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH ULTRA STRP	NP	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON	P	OTC; QL(1 cada día)	ONETOUCH VERIO STRP	NP	RX/OTC
FORA TN'G ADVANCE PRO STRP	NP	RX/OTC	ONETOUCH VERIO STRP	NP	Edición clínica: Tiras reactivas; RX/OTC
FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT	NP		PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP	NP	RX/OTC
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	PRECISION XTRA KETONE	P	OTC; QL(1 cada día)
GOJJI BLOOD KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)	PTS PANELS EGLU TEST STRP	NP	RX/OTC
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT	NP		QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP	NP	RX/OTC	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	RELION GLUCOSE TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT	NP		RELION KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT	P	QL(2 por surtido al por menor)	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
KETONE TEST STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
KETOSTIX STRP	P	OTC; QL(6.67 cada día)	SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT	NP	
MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP	NP	RX/OTC
NOVA MAX PLUS KETONE TEST	P	OTC; QL(1 cada día)			

Georgia Medicaid

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
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC
DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas		
Enzimas digestivas		
CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)
DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial		
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
acetazolamide CP12	P	
acetazolamide TABS	P	
dichlorphenamide	P	SP; PA
KEVEYIS (Use dichlorphenamide)	NP	SP; PA
methazolamide TABS	P	
Combinaciones de diuréticos		
amiloride & hydrochlorothiazide	P	QL(1 cada día)
MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	NP	
MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide)	NP	
spironolactone & hydrochlorothiazide	P	
triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG	P	
triamterene & hydrochlorothiazide TABS	P	
Diuréticos de asa		
bumetanide TABS	P	
BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide)	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML	P	
furosemide TABS	P	
LASIX TABS (Use furosemide)	NP	
SOAANZ TABS 20 MG	NP	QL(1 cada día)
torsemide TABS	P	QL(1 cada día)
Diuréticos ahorradores de potasio		
ALDACTONE TABS (Use spironolactone)	NP	
amiloride hcl TABS	P	QL(4 cada día)
spironolactone TABS	P	
Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas		
chlorthalidone 25 MG, 50 MG	P	
hydrochlorothiazide CAPS	P	
hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG	P	
indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG	P	
metolazone	P	
MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
Inhibidores de los esteroides adrenales		
ISTURISA 1 MG, 5 MG	P	SP; PA
RECORLEV	P	SP; PA
Reguladores de la densidad ósea		
ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium)	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA
alendronate sodium SOLN	P	QL(10.8 ML al día)
alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG	P	QL(0.15 cada día)
alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(1 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ATELVIA TBEC (<i>Use risedronate sodium</i>)	NP	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA	CHORIONIC GONADOTROPIN IM	P	PA
BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML	P	PA	FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML	P	PA
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	1 paquete por surtido al por menor	GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
<i>calcitonin (salmon) IJ</i>	P	QL(2 ML por surtido al por menor)	GONAL-F SOLR IJ 450 UNIT	P	PA
EVENITY	P	SP; PA	MENOPUR SC	P	PA
FORTEO SOPN (<i>Use teriparatide</i>)	NP	PA	NOVAREL IM	P	PA
FOSAMAX TABS 70 MG (<i>Use alendronate sodium</i>)	NP	QL(0.15 cada día)	OVIDREL SOSY	P	PA
<i>ibandronate sodium SOLN</i>	P	SP; PA	PREGNYL IM	P	PA
MIACALCIN IJ (<i>Use calcitonin (salmon)</i>)	NP	QL(2 ML por surtido al por menor)	Antagonistas GnRH/LHRH		
<i>pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML</i>	P	SP; PA	<i>cetrorelix acetate</i>	P	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA	CETROTIDE (<i>Use cetrorelix acetate</i>)	NP	PA
PROLIA SOSY	P	SP; PA	<i>ganirelix acetate</i>	P	PA
RECLAST SOLN (<i>Use zoledronic acid</i>)	NP	SP; PA	GANIRELIX ACETATE (<i>Use ganirelix acetate</i>)	NP	PA
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); PA	Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
<i>risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA	SOMAVERT	P	SP; PA
<i>risedronate sodium TBEC</i>	P	QL(4 cada 28 días de venta al por menor); PA	Productos de hormona del crecimiento		
<i>teriparatide SOPN</i>	P	PA	HUMATROPE CART IJ	P	SP; PA
TERIPARATIDE SOPN	P	PA	NORDITROPIN FLEXPRO SOPN	P	SP; PA
TYMLOS	P	SP; PA	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	P	SP; PA
<i>zoledronic acid CONC</i>	P	SP; PA	ZORBTIVE SC	P	SP; PA
<i>zoledronic acid SOLN 5 MG/100ML</i>	P	SP; PA	Moduladores de los receptores hormonales		
ZOLEDRONIC ACID SOLN	P	SP; PA	EVISTA (<i>Use raloxifene hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
Reguladores de la fertilidad			<i>raloxifene hcl</i>	P	QL(1 cada día)
			Inhibidores de los receptores del factor de crecimiento similar a la insulina		
			TEPEZZA	P	SP; PA
			Factores de crecimiento similares a la insulina (somatomedinas)		

Georgia Medicaid

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
INCRELEX	P	SP; PA	KANUMA	P	SP; PA
Supresores hipofisarios análogos de los agonistas de la LHRH/GnRH			KUVAN PACK (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
FENSOLVI (6 MONTH) SC	P	SP; PA	KUVAN TABS (Use <i>sapropterin dihydrochloride</i>)	NP	SP; PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	P	SP; PA	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN PO 1 GM/10ML	P	QL(30 ML al día)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	P	SP; PA	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS	P	QL(3 cada día)
SUPPRELIN LA	P	SP; PA	LUMIZYME	P	SP; PA
SYNAREL	P	SP; PA	MEPSEVII	P	SP; PA
TRIPTODUR	P	SP; PA	MYALEPT	P	SP; PA
Modificadores metabólicos			NAGLAZYME	P	SP; PA
ALDURAZYME	P	SP; PA	NEXVIAZYME	P	SP; PA
<i>betaine</i>	P	SP; PA	<i>nitisinone</i> CAPS	P	SP; PA
BRINEURA	P	SP; PA	NITYR TABS	P	SP; PA
BUPHENYL POWD (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA	NULIBRY	P	SP; PA
BUPHENYL TABS (Use <i>sodium phenylbutyrate</i>)	NP	SP; PA	ORFADIN CAPS (Use <i>nitisinone</i>)	NP	SP; PA
<i>calcitriol</i> CAPS	P		ORFADIN SUSP	P	SP; PA
CARBAGLU (Use <i>carglumic acid</i>)	NP	SP; PA	PALYNZIQ	P	SP; PA
<i>carglumic acid</i>	P	SP; PA	<i>paricalcitol</i> SOLN	P	SP; PA
CARNITOR SF SOLN PO (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)	PARSABIV	P	SP; PA
CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(30 ML al día)	REVCovi	P	SP; PA
CARNITOR TABS (Use <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>)	NP	QL(3 cada día)	ROCALtrol CAPS (Use <i>calcitriol</i>)	NP	
<i>cinacalcet hcl</i>	P	SP; PA	<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK	P	SP; PA
CYSTADANE (Use <i>betaine</i>)	NP	SP; PA	<i>sapropterin dihydrochloride</i> TABS	P	SP; PA
ELAPRASE	P	SP; PA	SENSIPAR (Use <i>cinacalcet hcl</i>)	NP	SP; PA
GALAFOLD	P	QL(0.5 cada día); SP; PA	<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD	P	SP; PA
			<i>sodium phenylbutyrate</i> TABS	P	SP; PA
			STRENSIQ	P	SP; PA

Georgia Medicaid

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
VIMIZIM	P	SP; PA
XURIDEN	P	SP; PA
ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol)	NP	SP; PA
Hormonas de la hipófisis posterior		
DDAVP PF SOLN IJ (Use desmopressin acetate)	NP	SP; PA
DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate)	NP	SP; PA
DDAVP TABS (Use desmopressin acetate)	NP	QL(6 cada día)
desmopressin acetate spray	P	QL(5 ML por surtido al por menor)
desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 %	P	QL(5 ML por surtido al por menor)
desmopressin acetate SOLN IJ	P	SP; PA
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA	P	SP; PA
desmopressin acetate TABS	P	QL(6 cada día)
Medicamentos somatostáticos		
octreotide acetate KIT	P	SP; PA
octreotide acetate SOLN	P	SP; PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate)	NP	SP; PA
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate)	NP	SP; PA
SIGNIFOR	P	SP; PA
SIGNIFOR LAR	P	SP; PA
Antagonistas de los receptores de la vasopresina		
JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (Use tolvaptan)	NP	SP; PA
JYNARQUE TBPB 15 MG (Use tolvaptan)	NP	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
SAMSCA TABS (Use tolvaptan)	NP	SP; PA
tolvaptan TABS	P	SP; PA
tolvaptan TBPB 15 MG	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVEVILLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate)	NP	QL(1 cada día)
COMBIPATCH PTTW	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
estradiol & norethindrone acetate TABS	P	QL(1 cada día)
norethindrone acetate-ethinyl estradiol	P	
PREMPHASE	P	
PREMPRO	P	
Estrógenos		
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	P	QL(8 por surtido al por menor)
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	
estrogens, conjugated TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	P	QL(1 cada día)
MINIVELLE PTTW (Use estradiol)	NP	QL(8 por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

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
PREMARIN TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>Use estrogens, conjugated</i>)	NP	QL(1 cada día)	OCALIVA	P	QL(1 cada día); SP; PA
VIVELLE-DOT PTTW (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)	Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares		
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas			<i>chenodiol</i>	P	SP; PA
Fluoroquinolonas			URSO 250 TABS (<i>Use ursodiol</i>)	NP	QL(7 cada día)
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100 MG	P	QL(6 por surtido al por menor)	<i>ursodiol CAPS</i>	P	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	P		<i>ursodiol TABS 250 MG</i>	P	QL(7 cada día)
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (<i>Use ciprofloxacin hcl</i>)	NP		Activadores de los canales de cloruro gastrointestinales		
<i>levofloxacin</i> TABS	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)	AMITIZA (<i>Use lubiprostone</i>)	NP	PA
<i>ofloxacin</i> 400 MG	P	QL(56 por surtido al por menor)	<i>lubiprostone</i>	P	PA
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios			Estimulantes gastrointestinales		
Antiflatulentos			GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)	<i>metoclopramide hcl</i> SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML	P	
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (<i>Use simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)	<i>metoclopramide hcl</i> TABS	P	
<i>simethicone</i> CHEW 80 MG	P	OTC	REGLAN TABS (<i>Use metoclopramide hcl</i>)	NP	
<i>simethicone</i> LIQD PO	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)	Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)		
<i>simethicone</i> SUSP	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)	BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares			BYLVAY CAPS	P	SP; PA
CTEXLI TABS PO 250 MG	P	SP; PA	LIVMARLI	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)			Medicamentos antiinflamatorios intestinales		
			APRISO CP24 (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
			AVSOLA	P	SP; PA
			AZULFIDINE EN-TABS TBEC (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
			AZULFIDINE TABS (<i>Use sulfasalazine</i>)	NP	
			<i>balsalazide disodium</i> CAPS	P	QL(9 cada día)
			COLAZAL CAPS (<i>Use balsalazide disodium</i>)	NP	QL(9 cada día)

Georgia Medicaid

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
DELZICOL CPDR (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
LIALDA TBEC (<i>Use mesalamine</i>)	NP	
<i>mesalamine</i> CP24	P	
<i>mesalamine</i> CPDR	P	
<i>mesalamine</i> ENEM	P	QL(60 ML al día)
<i>mesalamine</i> TBEC	P	
OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STEQEYMA	P	SP; PA
<i>sulfasalazine</i> TABS	P	
<i>sulfasalazine</i> TBEC	P	
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
Acidificadores intestinales		
<i>lactulose</i> (<i>encephalopathy</i>)	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
<i>calcium acetate</i> (<i>phosphate binder</i>) CAPS	P	
Medicamentos del síndrome del intestino corto (SBS)		
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		
<i>potassium citrate</i> (<i>alkalinizer</i>) TBCR	P	
<i>sodium citrate & citric acid</i>	NP	RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid</i>	P	QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UROCIT-K 10 TBCR (<i>Use potassium citrate</i> (<i>alkalinizer</i>))	NP	
UROCIT-K 5 TBCR (<i>Use potassium citrate</i> (<i>alkalinizer</i>))	NP	
Medicamentos contra la cistinosis		
CYSTAGON CAPS	P	SP; PA
PROCYSBI CPDR	P	SP; PA
PROCYSBI PACK	P	SP; PA
Irrigantes genitourinarios		
<i>sodium chloride</i> (<i>gu irrigant</i>) 0.9 %	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
<i>finasteride</i>	P	QL(1 cada día)
PROSCAR (<i>Use finasteride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>tamsulosin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
<i>phenazopyridine hcl</i> TABS 100 MG, 200 MG	P	
PYRIDIUM TABS (<i>Use phenazopyridine hcl</i>)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (<i>Use tiopronin</i>)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (<i>Use tiopronin</i>)	NP	SP; PA
<i>tiopronin</i> TABS	P	SP; PA
<i>tiopronin</i> TBEC	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
DEFLUX	P	SP; PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota		
Combinaciones de medicamentos contra la gota		

Georgia Medicaid

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
<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)
COLCRYS TABS (<i>Use colchicine</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
KRYSTEXXA	P	SP; PA
Uricosúricos		
<i>probenecid</i>	P	
MEDICAMENTOS HEMATOLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de trastornos sanguíneos		
Productos antihemofílicos		
ADVATE	P	SP; PA
ADYNOVATE	P	SP; PA
AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT	P	SP; PA
ALPHANATE SOLR	P	SP; PA
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT	P	SP; PA
ALPROLIX	P	SP; PA
BENEFIX KIT	P	SP; PA
COAGADEX	P	SP; PA
CORIFACT	P	SP; PA
ELOCTATE	P	SP; PA
ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT	P	SP; PA
FEIBA	P	SP; PA
FIBRYGA	P	SP; PA
HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT	P	SP; PA
HUMATE-P SOLR	P	SP; PA
IDELVION	P	SP; PA
IXINITY SOLR	P	SP; PA
JIVI	P	SP; PA
KCENTRA	P	SP; PA
KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000 UNIT	P	SP; PA
KOATE SOLR	P	SP; PA
KOGENATE FS KIT	P	SP; PA
KOVALTRY	P	SP; PA
NOVOSEVEN RT	P	SP; PA
NUWIQ KIT	P	SP; PA
NUWIQ SOLR	P	SP; PA
OBIZUR	P	SP; PA
PROFILNINE	P	SP; PA
REBINYN	P	SP; PA
RECOMBINATE SOLR	P	SP; PA
RIASTAP	P	SP; PA
RIXUBIS SOLR	P	SP; PA
SEVENFACT	P	SP; PA
TRETTEN	P	SP; PA
VONVENDI	P	SP; PA
WILATE KIT	P	SP; PA
XYNTHA	P	SP; PA
XYNTHA SOLOFUSE	P	SP; PA
Antagonistas del receptor B2 de la bradicinina		
FIRAZYR SOSY (<i>Use icatibant acetate</i>)	NP	SP; PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY	P	SP; PA
Inhibidores del complemento		
BERINERT KIT	P	SP; PA
CINRYZE SOLR IV	P	SP; PA
ENJAYMO	P	SP; PA
HAEGARDA SOLR SC	P	SP; PA

Georgia Medicaid

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
RUCONEST	P	SP; PA
TAVNEOS	P	SP; PA
Medicamentos hemorreológicos		
<i>pentoxifylline</i>	P	
Hemín		
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA
Proteína C humana		
CEPROTIN	P	SP; PA
Inhibidores de la calicreína plasmática		
KALBITOR	P	SP; PA
ORLADEYO	P	SP; PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA
Proteínas plasmáticas		
RYPLAZIM	P	SP; PA
THROMBATE III	P	SP; PA
Inhibidores de la agregación plaquetaria		
BRILINTA 60 MG, 90 MG (Use <i>ticagrelor</i>)	NP	QL(2 cada día)
CABLIVI	P	SP; PA
<i>cilostazol</i>	P	QL(2 cada día)
<i>clopidogrel bisulfate 75 MG</i>	P	
<i>dipyridamole</i>	P	
EFFIENT (Use <i>prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
PLAVIX 75 MG (Use <i>clopidogrel bisulfate</i>)	NP	
<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ticagrelor 60 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa		
PYRUKYND TAPER PACK TBPK	P	SP; PA
PYRUKYND TABS	P	SP; PA
Medicamentos trombolíticos - varios		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DEFITELIO	P	SP; PA
MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
CERDELGA	P	SP; PA
CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
<i>miglustat</i>	P	SP; PA
ZAVESCA (Use <i>miglustat</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
DROXIA CAPS	P	
ENDARI (Use <i>glutamine (sickle cell)</i>)	NP	SP; PA
<i>glutamine (sickle cell)</i>	P	SP; PA
OXBRYTA TABS 500 MG	P	PA
OXBRYTA TBSO	P	PA
SIKLOS TABS	P	PA
Cobalaminas		
<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ML cada 270 días de venta al por menor)
Ácido fólico/folatos		
<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
Factores de crecimiento hematopoyético		
LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
NYVEPRIA	P	SP; PA
RETACRIT	P	SP; PA
ZARXIO	P	SP; PA
Mezclas hematopoyéticas		
<i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS</i>	P	QL(1 cada día)
HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

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
Suplementos de hierro			<i>aminocaproic acid TABS 500 MG</i>	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
FER-IN-SOL SOLN (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ML al día)	<i>tranexamic acid TABS</i>	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
FERRETTTS TABS	P	OTC; QL(2 cada día)	MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>ferrous fumarate TABS</i>	P	OTC; QL(2 cada día)	Antihistamínicos hipnóticos		
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 50 años)	<i>diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG</i>	P	OTC
<i>ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)	<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG</i>	P	OTC
<i>ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML</i>	P	OTC; QL(3.4 ML al día)	<i>diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG</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>doxylamine succinate (sleep)</i>	P	OTC
<i>ferrous sulfate TBEC</i>	P	OTC; AL(Hasta 50 años)	UNISOM SLEEPGELS CAPS (<i>Use diphenhydramine hcl (sleep)</i>)	NP	OTC
FERROUS SULFATE TBEC (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 50 años)	UNISOM SLEEPTABS (<i>Use doxylamine succinate (sleep)</i>)	NP	OTC
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	P	OTC	Hipnóticos barbitúricos		
IRON TABS 28 MG	P	OTC	<i>phenobarbital ELIX</i>	P	
<i>polysaccharide iron complex CAPS</i>	P	QL(1 cada día)	<i>phenobarbital TABS</i>	P	
Movilizadores de células madre			Hipnóticos no barbitúricos		
MOZOBIL (<i>Use plerixafor</i>)	NP	SP; PA	AMBIEN TABS (<i>Use zolpidem tartrate</i>)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA	<i>flurazepam hcl</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos			HALCION 0.25 MG (<i>Use triazolam</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
Hemostáticos - sistémicos			<i>midazolam hcl SOLN IJ</i>	P	
<i>aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML</i>	P	SP; PA	MIDAZOLAM HCL SOLN IJ	P	
<i>aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML</i>	P	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP			
<i>aminocaproic acid TABS 1000 MG</i>	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

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
RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use temazepam)	NP	AL(AI menos 18 años)	peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)
temazepam 15 MG, 30 MG	P	AL(AI menos 18 años)	PEG-PREP	P	
triazolam	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)	sennosides-docusate sodium TABS	P	OTC; QL(4 cada día)
zaleplon 5 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)	SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium)	NP	OTC; QL(4 cada día)
zaleplon 10 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)	sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate	P	
zolpidem tartrate TABS	P	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)	SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate)	NP	
LAXANTES - Medicamentos para el tratamiento intestinal			Laxantes - varios		
Laxantes a granel			GLYCERIN (ADULT) SUPP (Use glycerin (laxative))	NP	OTC
calcium polycarbophil TABS	P	OTC; QL(10 cada día)	glycerin (laxative) SUPP 2 GM	P	OTC
EVAC POWD (Use psyllium)	NP	OTC	INSTALAX POWD 17 GM/SCOOP	P	QL(34 GM al día)
METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use psyllium)	NP		lactulose SOLN	P	
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD	P	OTC	MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350)	NP	QL(34 GM al día)
psyllium CAPS 0.52 GM	P	OTC	polyethylene glycol 3350 POWD	P	QL(34 GM al día)
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 58.6 %, 100 %	P	OTC	SORBITOL PO 70 %	P	OTC
psyllium POWD 43 %	NP		Laxantes salinos		
psyllium POWD 43 %	P		FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates)	NP	OTC
Combinaciones de laxantes			FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates)	NP	OTC
GOLYTELY SOLR (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate)	NP	QL(4000 ML por surtido al por menor)	magnesium citrate 1.745 GM/30ML	P	OTC
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR	P	QL(4000 ML por surtido al por menor)	magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML	P	OTC; QL(992 ML cada 30 días de venta al por menor)
			sodium phosphates ENEM	P	OTC

Georgia Medicaid

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
Laxantes estimulantes			<i>azithromycin TABS 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)	<i>azithromycin TABS 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>bisacodyl TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	ZITHROMAX TRI-PAK TABS (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	ZITHROMAX Z-PAK TABS (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
DULCOLAX SUPP (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)	ZITHROMAX PACK	P	QL(2 por surtido al por menor)
DULCOLAX TBEC (<i>Use bisacodyl</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	ZITHROMAX SUSR (<i>Use azithromycin</i>)	NP	
<i>sennosides TABS 8.6 MG</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)	ZITHROMAX TABS 500 MG (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(4 cada día)
SENOKOT TABS (<i>Use sennosides</i>)	NP	OTC; QL(12 por surtido al por menor)	ZITHROMAX TABS 250 MG (<i>Use azithromycin</i>)	NP	QL(6 por surtido al por menor)
Laxantes surfactantes			Claritromicina		
COLACE CLEAR CAPS (<i>Use docusate sodium</i>)	NP	OTC	<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
COLACE CAPS 100 MG (<i>Use docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(3 cada día)	<i>clarithromycin SUSR 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC	<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)	<i>clarithromycin TB24</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)
<i>docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML</i>	P	OTC	Eritromicinas		
DOCUSATE SODIUM SYRP	P	OTC	E.E.S. GRANULES SUSR (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
<i>docusate sodium TABS</i>	P	OTC	ERYPED 200 SUSR (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas			ERYPED 400 SUSR (<i>Use erythromycin ethylsuccinate</i>)	NP	
Azitromicina			<i>erythromycin base CPEP</i>	P	
<i>azithromycin PACK</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)	<i>erythromycin base TABS</i>	P	
<i>azithromycin SUSR</i>	P		<i>erythromycin base TBEC</i>	P	
<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)	<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P	
			<i>erythromycin ethylsuccinate TABS</i>	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>erythromycin stearate</i> TABS 250 MG	P		AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS			AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
Vendas-Apósitos-Adhesivos			AGAMATRIX CONTROL NORMAL/HIGH SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC	ASSURE 3 CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
Anticonceptivos			ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC	ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
Suministros para diabéticos			ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCU-CHEK AVIVA SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	ASSURE II CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	ASSURE II CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; 1 cada 365 días por correo); RX/OTC	ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCU-CHEK GUIDE KIT	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; 1 cada 365 días por correo); RX/OTC	ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	BLULINK CONTROL HIGH & LOW LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ADVANCE MICRO-DRAW CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)			
ADVANCE MICRO-DRAW NORMAL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)			

Georgia Medicaid

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
CARESENS CONTROL A SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	DUO-CARE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CARESENS CONTROL SOLUTION A/B SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC
CARESENS N PLUS BT KIT	NP	RX/OTC	EASY TOUCH CONTROL HIGH & LOW SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CARESENS S CONTROL SOLN A/B LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC
CARETOUCH CONTROL SOL LEVEL 2 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	EASY TOUCH HEALTHPRO HIGH/LOW LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONTOUR NEXT EZ KIT	NP	RX/OTC	EASYMAX 15 LEVEL 2 CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT	NP	RX/OTC	EASYMAX 15 LEVEL 2-3 CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONTOUR NEXT ONE KIT	NP	RX/OTC	EASYMAX CONTROL NORMAL/HIGH LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONTOUR PLUS BLUE KIT	NP	RX/OTC	ELEMENT COMPACT CONTROL 2 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
CONTOUR PLUS CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	ELEMENT COMPACT CONTROL 3 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
COOL CONTROL A SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	EMBRACE PRO GLUCOSE CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
COOL CONTROL B SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER	NP	
DEXCOM G6 RECEIVER	NP		EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	NP	
DEXCOM G7 15 DAY SENSOR	NP		FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONIT KIT	NP	RX/OTC
DEXCOM G7 RECEIVER	NP				
DEXCOM G7 SENSOR	NP				
DIATHRIVE GLUCOSE CONTROL SOLN LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)			

Georgia Medicaid

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
FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; PA	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor; PA	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	NP	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor; PA	GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED	NP	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; PA	IHEALTH CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor; PA	IN TOUCH GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor; PA	KROGER HEALTHPRO CONTROL HI/LO LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; PA	LANCETS-MISC	P	QL (6.67 cada día); OTC
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	P	QL(2 cada 28 días de venta al por menor; PA	LANCING DEVICE-MISC	P	OTC
FREESTYLE LIBRE READER	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; PA	LIBERTY GLUCOSE CONTROL MID SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
FREESTYLE LITE KIT	NP	RX/OTC	MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
GLUCOCARD 01 CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	MICRODOT CONTROL HIGH/LOW SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	MINIMED INSTINCT GLUC SENSOR	NP	
GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

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
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
NEUTEK 2TEK CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	SIMPLERA SENSOR	NP	
NOVA MAX PLUS GLU/KET CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	SIMPLERA SYNC SENSOR	NP	
ONETOUCH ULTRA 2 KIT	NP	RX/OTC	SIMPLERA SYSTEM	NP	
ONETOUCH ULTRA CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	SMARTTEST CONTROL MEDIUM SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT	NP	RX/OTC	SUPREME II HIGH/LOW CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT	NP	RX/OTC	TEMPO WELCOME KIT	NP	RX/OTC
ONETOUCH VERIO LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 0 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 1 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
POCKETCHEM EZ CONTROL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	VERASENS GLUCOSE CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
PRECISION GLUCOSE KETONE CONTR LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT	NP	RX/OTC	Dispositivos varios		
QUICKTEK CONTROL SOLUTION LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	ALCOHOL PREP PADS-MISC	P	OTC
QUINTET CONTROL HIGH/NORMAL SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)	Suministros ópticos y oftálmicos		
			SUSVIMO OCULAR IMPLANT	P	SP; PA
			Suministros para terapia parenteral		
			ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
			AQINJECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC

Georgia Medicaid

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
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
AUM PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
DROPLET PEN NEEDLES	NP	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	P	QL(5 cada día)
EASY COMFORT PEN NEEDLES	NP	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	P	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	P	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	P	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	P	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	NP	
EMBRACE PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
GNP PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC
INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC
INSUPEN PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
INSUPEN32G EXTR3ME	NP	
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	NP	
SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
UNIFINE PENTIPS	NP	RX/OTC
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	NP	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
ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ADULT DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

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
ADULT MASK LARGE MISC	P	QL(1 cada 360 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
AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING 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
AEROECLIPSE MASK LARGE MISC	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
AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
AEROECLIPSE MASK SMALL MISC	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
AEROTRACH PLUS 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
AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK 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
AIRZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	DISPOSABLE LOW RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
ALL FLOW 1000 PFT 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
ASSESS PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	EASY AIR NEBULIZER FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
BREATHE EASE NEB MASK/INFANT 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
BREATHE EASE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	EASY FLOW 400 MM HOSE MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
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	EASY NEB NEBULIZER FILTERS 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			

Georgia Medicaid

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
EBASE CONTROLLER KIT MISC	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
EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW	P	RX/OTC
FILTER AIR PP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL	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
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE	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
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	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
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE 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
FONDCIRCLE ELECTRONIC PEAK FLO	P	RX/OTC	NEBULIZER MASK CHILD MISC	P	QL(1 cada 360 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	NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC	P	QL(1 cada 360 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	NOSE CLIP MISC	P	QL(1 cada 360 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	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 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	ONE FLOW TESTER MISC	P	QL(1 cada 180 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	ONE-WAY VALVED EXPIRATORY MISC	P	QL(1 cada 180 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	ONE-WAY VALVED INSPIRATORY MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
LUNG PERFORM PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PANDA MASK LARGE	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 MEDIUM	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

Georgia Medicaid

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
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PERSONAL BEST FULL RANGE	P	RX/OTC
PARI BABY CONVERSION KIT 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
PARI BUBBLES PEDIATRIC 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
PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PIKO 1	P	RX/OTC
PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI	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
PARI MASK SET 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
PARI SMARTMASK BABY/ELBOW 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
PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	POCKET PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	POCKETPEAK PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
PARI VORTEX ADULT MASK	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
PARI VORTEX PEDIATRIC MASK	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC	PURE COMFORT FLOW METER ADULT	P	RX/OTC
PEAK A-I-R FLOW METER	P	RX/OTC	PURE COMFORT FLOW METER CHILD	P	RX/OTC
PEAK AIR PEAK FLOW METER	P	RX/OTC	PURE COMFORT PEAK FLOW MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG	P	RX/OTC	REPLACEMENT AIR FILTER MISC	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	REPLACEMENT FILTERS MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PEDIATRIC MOUTHPIECE 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
PEDIATRIC PANDA MASK	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
			REUSABLE COMFORTSEAL MASK-SML MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Georgia Medicaid

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
SAMI THE SEAL FILTERS 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
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK 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
SILICONE MASK/INFANT 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
SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK 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
SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES	P	QL (3 cada 180 días de venta al por menor)
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS	P	QL (2 cada 360 días de venta al por menor)
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC	P	RX/OTC
STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR	P	RX/OTC
THRESHOLD IMT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRUZONE PEAK FLOW METER	P	RX/OTC
TUBING/WING TIP MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
WINDMILL TRAINER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
PRODUCTOS CONTRA LA MIGRAÑA - Medicamentos para tratar la migraña		
Combinaciones contra la migraña		
<i>ergotamine w/ caffeine TABS</i>	P	AL(AI menos 18 años)
Productos contra la migraña		
<i>dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML</i>	P	AL(AI menos 18 años)
<i>MIGRANAL SOLN NA (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)
<i>IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan)</i>	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML</i>	P	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate)</i>	NP	QL(2 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate)</i>	NP	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)

Georgia Medicaid

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
MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(0.4 cada día)	zolmitriptan TBDP	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)
MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate)	NP	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)	ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
<i>naratriptan hcl</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	MINERALES Y ELECTROLITOS		
RELPAX (Use eletriptan hydrobromide)	NP	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	Calcio		
<i>rizatriptan benzoate TABS</i>	P	QL(12 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 6 años)	CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>rizatriptan benzoate TBDP</i>	P	QL(0.4 cada día)	<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC
<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	<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)
<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)	<i>calcium carbonate-vitamin d TABS 600 MG-200 UNIT</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
<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>calcium carbonate-vitamin d TABS 125 UNIT-250 MG, 250 MG-125 UNIT</i>	P	OTC
<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)	CALTRATE 600+D3 TABS (Use <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>sumatriptan succinate TABS</i>	P	QL(9 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use <i>calcium carbonate-cholecalciferol</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>zolmitriptan SOLN 5 MG</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	<i>oyster shell</i>	P	OTC
<i>zolmitriptan TABS</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 18 años)	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS 500 MG-200 UNIT	P	OTC
			PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG	P	OTC
			QC CALCIUM 500MG-D3 TABS	P	OTC
			Mezclas de electrolitos		

Georgia Medicaid

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
BIOLYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	PEDIALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CERASPORT EX1 SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	TRUELYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)
CERASPORT SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	Flúor		
ENFAMIL ENFALYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<i>sodium fluoride CHEW</i>	P	AL(Hasta 15 años)
EQUALYTE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<i>sodium fluoride SOLN 0.5 MG/ML</i>	P	AL(Hasta 15 años); RX/OTC
FT ELECTROLYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	SOLUVITA SOLN	P	AL(Hasta 15 años); RX/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)	Magnesio		
GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS	P	OTC
HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<i>magnesium oxide (mg supplement) TABS</i>	P	OTC
HYDRALYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS	P	OTC
KINDERLYTE PREMAX SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	MAGOX 400 TABS (<i>Use magnesium oxide (mg supplement)</i>)	NP	OTC
KINDERLYTE SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	Fosfato		
<i>oral electrolytes SOLN</i>	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	K-PHOS-NEUTRAL (<i>Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic</i>)	NP	QL(8 cada día); RX/OTC
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)	<i>pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic</i>	P	QL(8 cada día); RX/OTC
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)	Potasio		
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN	P	QL(1000 ML por surtido al por menor)	KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ (<i>Use potassium chloride</i>)	NP	
PEDIALYTE SINGLES SOLN (<i>Use oral electrolytes</i>)	NP	QL(1000 ML por surtido al por menor)	KLOR-CON TBCR 8 MEQ (<i>Use potassium chloride</i>)	NP	
			K-TAB TBCR 20 MEQ (<i>Use potassium chloride</i>)	NF	
			<i>potassium bicarbonate TBEF</i>	P	
			<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	P	

Georgia Medicaid

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
<i>potassium chloride CPCR</i> 10 MEQ	P	
<i>potassium chloride CPCR</i> 8 MEQ	P	QL(1 cada día)
<i>potassium chloride PACK</i> PO 20 MEQ	P	
<i>potassium chloride SOLN</i> PO 10 %, 20 %, 10 %	P	
<i>potassium chloride TBCR</i> 8 MEQ, 10 MEQ	P	
Zinc		
<i>zinc sulfate CAPS</i>	P	QL(100 por surtido al por menor)
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
Tejido alogénico		
RETHYMIC	P	SP; PA
Agentes quelantes		
DEPEN TITRATABS TABS (Use <i>penicillamine</i>)	NP	
<i>penicillamine</i> TABS	P	
SYPRINE (Use <i>trientine hcl</i>)	NP	SP; PA
<i>trientine hcl</i> 500 MG	P	SP
<i>trientine hcl</i> 250 MG	P	SP; PA
Enzimas		
XIAFLEX	P	SP; PA
Medicamentos contra la incontinencia fecal		
SOLESTA	P	SP; PA
Inmunomoduladores s		
<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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>azathioprine</i> TABS 75 MG, 100 MG	P	PA
<i>azathioprine</i> TABS 50 MG	P	
CELLCEPT CAPS (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT SUSR (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
CELLCEPT TABS (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS	P	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> SOLN	P	
<i>cyclosporine</i> CAPS	P	
<i>cyclosporine</i> SOLN IV 50 MG/ML	P	
ENSPRYNG	P	SP; PA
GAMIFANT	P	SP; PA
IMURAN TABS (Use <i>azathioprine</i>)	NP	
LUPKYNIS	P	SP; PA
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS	P	
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR	P	
<i>mycophenolate mofetil</i> TABS	P	
<i>mycophenolate sodium</i>	P	
MYFORTIC (Use <i>mycophenolate sodium</i>)	NP	
NEORAL CAPS (Use <i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NEORAL SOLN (Use <i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
NULOJIX	P	SP; PA
PROGRAF CAPS (Use <i>tacrolimus</i>)	NP	
PROGRAF PACK	P	PA

Georgia Medicaid

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
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
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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 - Bucles/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	
Productos periodontales		
ARESTIN	P	SP; PA
Esteroides - Bucles/Garganta/Dental		
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

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
Productos para la garganta - varios			<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
AQUORAL SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	<i>b-complex w/ c & folic acid TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas con hierro		
CAPHOSOL SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	DESTRESS-IRON TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
CVS DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
MOI-STIR SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
MOUTH KOTE REMINT SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas con minerales		
MOUTH KOTE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
ORAL RELIEF SPRAY SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC	Multivitaminas		
<i>pilocarpine hcl (oral) 5 MG</i>	P	QL(6 cada día)	ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
SALAGEN 5 MG (Use <i>pilocarpine hcl (oral)</i>)	NP	QL(6 cada día)	AMLADEX TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMINAS			CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Vitaminas del complejo B			DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)	ESTROFACTORS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 cada día)	FOLAWISE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con C			FOLCYTEINE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	GENICIN VITA-Q TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
LUMAVEX CAPS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con ácido fólico			MINCORA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
			MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 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
MULTI VITAMIN 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
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con minerales		
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con flúor		
NEOMULTIVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG	P	RX/OTC
NEVVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
OMNICAP TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLORAFOL PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLORIVA PLUS SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLOTREX CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN/FLUORID E CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN/FLUORID E CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
QUINTABS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN/FLUORID E SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
RELCARE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
THERA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
THEREMS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG</i>	P	RX/OTC
TM-DAILY VITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro		
TRUE MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
VIREXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC			
VITRAX 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
<i>pediatric multivitamins w/fl SOLN</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VITA/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VITE/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)
POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC	Multivitaminas pediátricas		
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
QUFLORA PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VITA SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	OTC; QL(50 ML por surtido al por menor)
Multivitaminas pediátricas con hierro			Vitaminas prenatales		
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)	PRENATAL VITAMINS-MISC	P	RX/OTC
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)	Vitaminas con lipotrópicos		
MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)	<i>vitamins w/ lipotropics CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN	P	OTC; QL(60 ML por surtido al por menor)	MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE DOLORES MUSCULOESQUELÉTICOS – Medicamentos para tratar los espasmos		
			Terapia reparadora del cartílago articular		
			MACI	P	SP; PA
			Relajantes musculares centrales		
			<i>baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML</i>	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>baclofen TABS</i>	P		VISCO-3 SOSY	P	SP; PA
<i>chlorzoxazone TABS 500 MG</i>	P		MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales		
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)	Medicamentos de uso nasal - varios		
<i>cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)	FT SALINE NASAL SPRAY SOLN	P	OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
GABLOFEN SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA	LITTLE REMEDIES SALINE SOLN	P	OTC; QL(480 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA	SALINE NASAL SPRAY 0.65%	P	OTC; QL(480 ml por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
LIORESAL SOLN IT (Use <i>baclofen</i>)	NP	SP; PA	Antialérgicos nasales		
LIORESAL SOLN IT	P	SP; PA	<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY</i>	P	
<i>methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG</i>	P		<i>azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY</i>	P	QL(30 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>orphenadrine citrate TB12</i>	P		<i>cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT</i>	P	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>tizanidine hcl TABS</i>	P		NASALCROM (Use <i>cromolyn sodium (nasal)</i>)	NP	OTC; QL(26 ML cada 30 días de venta al por menor)
ZANAFLEX TABS 4 MG (Use <i>tizanidine hcl</i>)	NP		Anticolinérgicos nasales		
Viscosuplementos			<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
DUROLANE PRSY	P	SP; PA	<i>ipratropium bromide (nasal) 0.06 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
EUFLEXXA SOSY	P	SP; PA	Esteroides nasales		
GEL-ONE	P	SP; PA	FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC
GELSYN-3 SOSY	P	SP; PA	FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use <i>fluticasone propionate (nasal)</i>)	NP	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC
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			
SYNVISC ONE SOSY	P	SP; PA			
SYNVISC SOSY	P	SP; PA			
TRILURON SOSY	P	SP; PA			
TRIVISC SOSY	P	SP; PA			

Georgia Medicaid

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
<i>flunisolide (nasal)</i>	P	QL(25 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i>	P	QL(16 ML por surtido al por menor); RX/OTC
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use <i>triamcinolone acetonide (nasal)</i>)	NP	AL(AI menos 2 años)
<i>triamcinolone acetonide (nasal) AERO</i>	P	AL(AI menos 2 años)
Descongestionantes simpaticomiméticos		
ADRENALIN 0.1 %	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>epinephrine hcl (nasal)</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS</i>	P	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
<i>pseudoephedrine hcl TABS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>pseudoephedrine hcl TB12</i>	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 <i>phenylephrine hcl (oral)</i>)	NP	OTC; QL(24 por surtido al por menor)
SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use <i>pseudoephedrine hcl</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
SUDAFED TABS (Use <i>pseudoephedrine hcl</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 21 años)
MEDICAMENTOS NEUROMUSCULARES -		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Medicamentos para relajar/paralizar los músculos		
Medicamentos contra la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)		
<i>edaravone SOLN</i>	P	SP; PA
EXSERVAN FILM	P	SP; PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	P	SP; PA
RADICAVA ORS SUSP	P	SP; PA
RADICAVA SOLN (Use <i>edaravone</i>)	NP	SP; PA
RILUTEK TABS (Use <i>riluzole</i>)	NP	PA
<i>riluzole TABS</i>	P	PA
TEGLUTIK SUSP	P	SP; PA
TIGLUTIK SUSP	P	SP; PA
Medicamentos contra la distrofia muscular		
AMONDYS 45	P	SP; PA
EXONDYS 51	P	SP; PA
VILTEPSO	P	SP; PA
VYONDYS 53	P	SP; PA
Medicamentos contra la atrofia muscular espinal (SMA)		
EVRYSDI	P	SP; PA
SPINRAZA	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	P	SP; PA
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	P	SP; PA
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
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)
<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)

Georgia Medicaid

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
<i>timolol maleate (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (<i>Use timolol maleate (ophth)</i>)	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)
Midriáticos ciclopléjicos		
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (<i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i>)	NP	
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P	
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
CYCLOGYL (<i>Use cyclopentolate hcl</i>)	NP	
CYCLOGYL 2 %	P	
<i>cyclopentolate hcl 1 %</i>	P	
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
MYDRIACYL SOLN (<i>Use tropicamide</i>)	NP	
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
PHENYLEPHRINE HCL SOLN (<i>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	
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis		
BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.25 MG/0.09ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML	P	PA
EYLEA HD SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOLN	P	SP; PA
EYLEA SOSY	P	SP; PA
LUCENTIS SOSY	P	SP; PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN	P	SP; PA
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	P	SP; PA
VABYSMO SOLN	P	SP; PA
Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
CILOXAN OINT	P	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN</i>	P	
ERYTHROMYCIN	P	
<i>erythromycin (ophth)</i>	P	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN</i>	P	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP</i>	P	QL(3 ML por surtido al por menor)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
OCUFLOX (<i>Use ofloxacin (ophth)</i>)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>ofloxacin (ophth)</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

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
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)	DEXTENZA INST	P	SP; PA
<i>tobramycin (ophth) SOLN</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)	DEXYCU SUSP IO	P	SP; PA
TOBREX OINT	P		<i>fluorometholone (ophth) SUSP</i>	P	
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)	FML LIQUIFILM SUSP (Use <i>fluorometholone (ophth)</i>)	NP	
VIGAMOX SOLN OP (Use <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>)	NP	QL(3 ML por surtido al por menor)	ILUVIEN	P	SP; PA
Descongestionantes oftálmicos			MAXITROL OINT (Use <i>neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 %</i>	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)	MAXITROL SUSP (Use <i>neomycin-polymyx-dexameth</i>)	NP	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
OPCON-A (Use <i>naphazoline w/ pheniramine</i>)	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)	<i>neomycin-polymyx-dexameth OINT</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 %</i>	P	OTC	<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)
VISINE RED EYE COMFORT (Use <i>tetrahydrozoline hcl (ophth)</i>)	NP	OTC	<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Terapia génica oftálmica			OZURDEX IMPL	P	SP; PA
LUXTURNA	P	SP; PA	PRED FORTE (Use <i>prednisolone acetate (ophth)</i>)	NP	
Anestésicos oftálmicos locales			PRED MILD	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
TETRACAINE HCL 0.5 %	P		<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	NP	
TETRACAINE HCL 0.5 % (Use <i>tetracaine hcl (ophth)</i>)	NP		<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	
<i>tetracaine hcl (ophth)</i>	P		PREDNISOLONE ACETATE P-F	P	
Medicamentos de terapia fotodinámica oftálmica			PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
VISUDYNE	P	SP; PA	RETISERT	P	SP; PA
Fotoprotectores oftálmicos			<i>sulfacetamide sod-prednisolone SOLN</i>	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT	P	SP; PA	TOBRADEX OINT	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides oftálmicos			<i>tobramycin-dexamethasone SUSP</i>	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	P				

Georgia Medicaid

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
TRIESENCE	P	SP; PA
XIPERE	P	SP; PA
YUTIQ	P	SP; PA
Productos oftálmicos - varios		
ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth))	NP	QL(10 ML por surtido al por menor)
ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth))	NP	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
ALOCRIL	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor); PA
ALOMIDE	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor); PA
azelastine hcl (ophth)	P	QL(6 ML cada 30 días de venta al por menor)
AZOPT (Use brinzolamide)	NP	
brinzolamide	P	
cromolyn sodium (ophth)	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
CYSTADROPS	P	SP; PA
CYSTARAN	P	SP; PA
diclofenac sodium (ophth)	P	QL(3 ML cada 30 días de venta al por menor)
dorzolamide hcl	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
DORZOLAMIDE HCL	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
flurbiprofen sodium	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)
ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %	P	
ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth))	NP	
Prostaglandinas oftálmicas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
latanoprost SOLN	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 latanoprost)	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		
acetic acid (otic)	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
carbamide peroxide (otic) 6.5 %	P	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic))	NP	OTC; QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
Antiinfecciosos óticos		
ofloxacin (otic)	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
Combinaciones óticas		
ciprofloxacin-dexamethasone	P	QL(7.5 ML por surtido al por menor); 1 surtido máx. cada 30 días de venta al por menor
neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN	P	QL(10 ML por surtido al por menor)
neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)
Esteroides óticos		
DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic))	NP	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
fluocinolone acetonide (otic)	P	QL(20 ML por surtido al por menor); AL(AI menos 5 años)
hydrocortisone w/acetic acid	P	QL(20 ML cada 30 días de venta al por menor)
OXITÓCICOS - Medicamentos para prevenir/controlar las hemorragias uterinas		
Oxitócicos		
methylergonovine maleate TABS	P	

Georgia Medicaid

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
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 IM	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 MINI-DOSE SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA
HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT	P	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP; PA
NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA
OCTAGAM SOLN	P	SP; PA
PANZYGA	P	SP; PA
PRIVIGEN SOLN	P	SP; PA
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP
RHOPHYLAC SOSY IJ	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA
XEMBIFY	P	SP; PA
Anticuerpos monoclonales		
BEYFORTUS	P	SP; PA
SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
ZINPLAVA	P	SP; PA
Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones		
HYQVIA	P	SP; PA
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		
<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 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 SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid

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
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)	FLAVOR PLUS LIQD	P	RX/OTC
<i>amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)	FLAVOR SWEET-SF SYRP	P	RX/OTC
<i>amoxicillin & pot clavulanate TB12</i>	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor)	FLAVOR SWEET SYRP	P	RX/OTC
AUGMENTIN ES-600 SUSR (<i>Use amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(200 ML por surtido al por menor)	<i>glycine diluent</i>	P	SP; PA
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)	GRAPE SYRUP SYRP	P	RX/OTC
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (<i>Use amoxicillin & pot clavulanate</i>)	NP	QL(30 por surtido al por menor)	MX-SOL BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
Penicilinas resistentes a la penicilinas			MX-SOL BLEND SUSP	P	RX/OTC
<i>dicloxacillin sodium</i>	P		MX-SOL SF SYRP	P	RX/OTC
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS			MX-SOL SUSPEND SUSP	P	RX/OTC
Medicamentos e ingredientes internos			MX-SOL SYRP	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASY MIX	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA	ORA-BLEND SF SUSP	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 1	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA	ORA-BLEND SUSP	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 2	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA	ORAL MIX SF SUSP	P	RX/OTC
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 3	P	OTC; QL(1816 GM por surtido al por menor); AL(AI menos 1 año); PA	ORAL MIX SUSP	P	RX/OTC
Excipientes líquidos			ORAL SUSPEND LIQD	P	RX/OTC
FLAVOR BLEND SUSP	P	RX/OTC	ORAL SYRUP SF SYRP	P	RX/OTC
			ORAL SYRUP SYRP	P	RX/OTC
			ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQD	P	RX/OTC
			ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQD	P	RX/OTC
			ORA-PLUS LIQD	P	RX/OTC
			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
			STERILE DILUENT FOR REMODULIN (<i>Use glycine diluent</i>)	NP	SP; PA
			SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP	P	RX/OTC

Georgia Medicaid

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
SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET SUSP	P	RX/OTC	PROVERA 5 MG, 10 MG (Use <i>medroxyprogesterone acetate</i>)	NP	
SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET SUSP	P	RX/OTC	MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - VARIOS - Medicamentos para el tratamiento de afecciones mentales y emocionales		
SUSPENSION VEHICLE SUSP	P	RX/OTC	Medicamentos contra la dependencia química		
SYRPALTA SYRP	P	RX/OTC	<i>disulfiram</i> 250 MG	P	
SYRSPEND SF LIQD	P	RX/OTC	Medicamentos contra la demencia		
SYRUP VEHICLE SF SYRP	P	RX/OTC	ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use <i>donepezil hydrochloride</i>)	NP	QL(1 cada día)
SYRUP VEHICLE SYRP	P	RX/OTC	<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5 MG, 10 MG	P	QL(1 cada día)
UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP	P	RX/OTC	EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use <i>rivastigmine</i>)	NP	QL(1 cada día); PA
UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP	P	RX/OTC	<i>galantamine hydrobromide</i> CP24	P	QL(1 cada día)
VERSAFREE SYRP	P	RX/OTC	<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN	P	QL(6 ML al día)
VERSAPLUS SYRP	P	RX/OTC	<i>galantamine hydrobromide</i> TABS	P	QL(2 cada día)
Excipientes semisólidos			<i>memantine hcl</i> SOLN	P	QL(2 ML al día); PA
LANOLIN XX	P		<i>memantine hcl</i> TABS	P	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
PROGESTINAS - Medicamentos de sustitución/modificación hormonal			<i>memantine hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día); PA
Progestinas			NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use <i>memantine hcl</i>)	NP	1 paquete cada 28 días de venta al por menor; PA
<i>medroxyprogesterone acetate</i> 2.5 MG, 5 MG, 10 MG	P		NAMENDA TABS (Use <i>memantine hcl</i>)	NP	QL(2 cada día); PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS	P		<i>rivastigmine</i> 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR	P	QL(1 cada día); PA
<i>progesterone</i> CAPS 100 MG	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)	<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS	P	QL(2 cada día); PA
<i>progesterone</i> CAPS 200 MG	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)	Combinación psicoterapéutica		
PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)			
PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use <i>progesterone</i>)	NP	QL(30 cada 30 días de venta al por menor)			

Georgia Medicaid

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

Georgia Medicaid

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
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 1000 MG	P	SP; PA
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	P	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

Medicamentos contra la fibrosis pulmonar

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ESBRIET CAPS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
ESBRIET TABS (<i>Use pirfenidone</i>)	NP	SP; PA
<i>pirfenidone CAPS</i>	P	SP; PA
<i>pirfenidone TABS</i>	P	SP; PA

TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas

Tetraciclinas

<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG</i>	P	
<i>doxycycline hyclate CAPS</i>	P	
<i>doxycycline hyclate TABS 100 MG</i>	P	
<i>minocycline hcl CAPS</i>	P	
<i>tetracycline hcl CAPS 500 MG</i>	P	
VIBRAMYCIN CAPS (<i>Use doxycycline hyclate</i>)	NP	

MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES - Medicamentos para regular las hormonas tiroideas

Medicamentos antitiroideos

<i>methimazole TABS</i>	P	
<i>propylthiouracil</i>	P	

Hormonas tiroideas

ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P	
ARMOUR THYROID TABS	P	
CYTOMEL TABS (<i>Use liothyronine sodium</i>)	NP	
EVEXITHROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG, 180 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>levothyroxine sodium TABS</i>	P		BENTYL SOLN IM (<i>Use dicyclomine hcl</i>)	NF	
<i>liothyronine sodium TABS</i>	P		<i>dicyclomine hcl CAPS</i>	P	
NIVA THYROID TABS	P		<i>dicyclomine hcl SOLN PO</i>	P	QL(496 ML cada 30 días de venta al por menor)
NP THYROID TABS	P		<i>dicyclomine hcl TABS</i>	P	
RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P		<i>glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG</i>	P	QL(4 cada día)
SYNTHROID TABS (<i>Use levothyroxine sodium</i>)	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	P	
THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	NP	
TOXOIDES			HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
Combinaciones de toxoides			<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	NP	
ADACEL SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	P	
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
BOOSTRIX SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
BOOSTRIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
DAPTACEL	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	P	
INFANRIX	P		<i>hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG</i>	P	QL(4 cada día)
KINRIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	NP	
PEDIARIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	P	
PENTACEL	P		LEVBIID TB12 (<i>Use hyoscyamine sulfate</i>)	NP	QL(4 cada día)
QUADRACEL SUSP	P		ROBINUL-FORTE TABS (<i>Use glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
QUADRACEL SUSY	P		ROBINUL TABS (<i>Use glycopyrrolate</i>)	NP	QL(4 cada día)
TDVAX SUSP	P		Antagonistas H-2		
TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU	P		<i>cimetidine hcl PO 300 MG/5ML</i>	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P		<i>cimetidine TABS</i>	P	RX/OTC
VAXELIS SUSP	P		<i>famotidine SUSR</i>	P	
VAXELIS SUSY	P				
MEDICAMENTOS CONTRA LA ÚLCERA - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades intestinales y estomacales					
Antiespasmódicos					

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/OTC	OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 cada día); OTC
<i>famotidine TABS 10 MG</i>	P	OTC	<i>omeprazole magnesium TBEC</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (<i>Use famotidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>omeprazole CPDR</i>	P	QL(2 cada día)
PEPCID AC TABS (<i>Use famotidine</i>)	NP	OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 cada día)
PEPCID TABS (<i>Use famotidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
TAGAMET HB 200 TABS (<i>Use cimetidine</i>)	NP	RX/OTC	PREVACID 24HR CPDR (<i>Use lansoprazole</i>)	NP	QL(4 cada día); RX/OTC
TAGAMET HB TABS (<i>Use cimetidine</i>)	NP	RX/OTC	PREVACID CPDR 30 MG (<i>Use lansoprazole</i>)	NP	
Medicamentos antiulcerosos - varios			PRILOSEC OTC TBEC (<i>Use omeprazole magnesium</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)
CARAFATE SUSP (<i>Use sucralfate</i>)	NP	QL(420 ML por surtido al por menor)	PROTONIX TBEC 40 MG (<i>Use pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(2 cada día)
CARAFATE TABS (<i>Use sucralfate</i>)	NP		PROTONIX TBEC 20 MG (<i>Use pantoprazole sodium</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>sucralfate SUSP</i>	P	QL(420 ML por surtido al por menor)	VOQUEZNA	NP	
<i>sucralfate TABS</i>	P		Medicamentos antiulcerosos - Prostaglandinas		
Inhibidores de la bomba de protones			CYTOTEC (<i>Use misoprostol</i>)	NP	
DEXILANT (<i>Use dexlansoprazole</i>)	NP	ST	<i>misoprostol</i>	P	
<i>dexlansoprazole</i>	P	ST	Combinaciones terapéuticas antiulcerosas		
<i>esomeprazole magnesium CPDR 20 MG</i>	P	QL(2 cada día); RX/OTC	<i>amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK</i>	P	Suministro máx. de 14 días cada 365 días de venta al por menor
<i>lansoprazole CPDR 30 MG</i>	P		ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - Medicamentos para tratar espasmos de la vejiga		
<i>lansoprazole CPDR 15 MG</i>	P	QL(4 cada día); RX/OTC	Antiespasmódicos urinarios - Estimuscarínicos (anticolinérgicos)		
NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (<i>Use esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	DETROL LA CP24 (<i>Use tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(1 cada día)
NEXIUM 24HR CPDR (<i>Use esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	DETROL TABS (<i>Use tolterodine tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día)
NEXIUM CPDR 20 MG (<i>Use esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL(2 cada día); RX/OTC	<i>fesoterodine fumarate</i>	P	QL(1 cada día)

Georgia Medicaid

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
<i>oxybutynin chloride TABS</i>	P	QL(3 cada día)	VAXNEUVANCE	P	
<i>oxybutynin chloride TB24</i>	P	QL(2 cada día)	VIVOTIF	P	
<i>solifenacin succinate TABS</i>	P	QL(1 cada día)	Vacunas derivadas de virus		
<i>tolterodine tartrate CP24</i>	P	QL(1 cada día)	ABRYSVO	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
<i>tolterodine tartrate TABS</i>	P	QL(2 cada día)	ACAM2000	P	
TOVIAZ (<i>Use fesoterodine fumarate</i>)	NP	QL(1 cada día)	AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
<i>trospium chloride TABS</i>	P	QL(2 cada día)	AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
VESICARE TABS (<i>Use solifenacin succinate</i>)	NP	QL(1 cada día)	AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
Antiespasmódicos urinarios - agonistas colinérgicos			AFLURIA SUSP	P	
<i>bethanechol chloride</i>	P		AREXVY	P	1 surtido máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 60 años)
Antiespasmódicos urinarios - relajantes musculares directos			COMIRNATY 5-11 YEARS SUSP 10 MCG/0.3ML	P	
<i>flavoxate hcl</i>	P		COMIRNATY SUSP	P	
VACUNAS			COMIRNATY SUSY	P	
Vacunas bacterianas			DENG VAXIA	P	
ACTHIB SOLR IM	P		ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
BCG VACCINE	P		ENERGIX-B SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
BEXSERO 0.5 ML	P		FLUAD	P	
BIOTHRAX	P		FLUAD QUADRIVALENT	P	
HIBERIX SOLR IJ	P		FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P	
MENACTRA	P		FLUARIX SUSY	P	
MENQUADFI 0.5 ML	P		FLUBLOK QUADRIVALENT	P	
MENVEO SOLN	P		FLUBLOK SOSY	P	
MENVEO SOLR	P				
PEDVAX HIB SUSP	P				
PENBRAYA	P				
PNEUMOVAX 23 SOLN	P				
PNEUMOVAX 23 SOSY	P				
PREVNAR 13	P				
PREVNAR 20	P				
TRUMENBA 0.5 ML	P				
TYPHIM VI SOLN	P				
TYPHIM VI SOSY	P				
VAXCHORA	P				

Georgia Medicaid

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
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P		MODERNA COVID-19 BIVALENT	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P		MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP	P	
FLUCELVAX SUSP	P		MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY	P	
FLUCELVAX SUSY	P		MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP	P	
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P		NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP	P	
FLULAVAL SUSY	P		NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY	P	
FLUMIST	P		NUVAXOVID COVID-19 VACCINE SUSY 5 MCG/0.5ML	P	
FLUMIST QUADRIVALENT	P		PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT	P	
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P		PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP	P	
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP	P	
FLUZONE SUSP	P		PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUZONE SUSY	P		PRIORIX SUSR	P	
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	PROQUAD SUSR	P	
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(Hasta 45 años)	RABAVERT	P	
HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
HEPLISAV-B SOSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	RECOMBIVAX HB SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
IMOVAX RABIES SUSR	P		ROTARIX SUSP	P	
IPOL IJ	P		ROTATEQ SOLN	P	
IXIARO	P		SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL(AI menos 50 años)
JYNNEOS	P				
M-M-R II SOLR	P				
MNEXSPIKE SUSY 10 MCG/0.2ML	P				

Georgia Medicaid

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
SPIKEVAX 6M-11Y SUSY 25 MCG/0.25ML	P		MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal)	NP	
SPIKEVAX SUSP	P		MONISTAT 3 CREA	P	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
SPIKEVAX SUSY	P		MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal)	NP	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
STAMARIL SUSR	P		terconazole vaginal CREA	P	
TICOVAC	P		terconazole vaginal SUPP	P	
TWINRIX SUSY	P		tioconazole vaginal 6.5 %	P	OTC
VAQTA	P		VANDAZOLE	P	QL(70 GM por surtido al por menor)
VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	P		Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
VARIVAX SUSR	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	hydrocortisone vaginal	P	QL(454 GM por surtido al por menor)
YF-VAX SUSR	P		MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF 1 %	NP	QL(454 GM por surtido al por menor)
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS			Estrógenos vaginales		
Antiinfecciosos vaginales			ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal)	NP	QL(43 GM cada 30 días de venta al por menor)
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal)	NP		estradiol vaginal CREA	P	QL(43 GM cada 30 días de venta al por menor)
clindamycin phosphate vaginal CREA	P		estradiol vaginal TABS	P	
clotrimazole vaginal CREA 1 %	P	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)	PREMARIN	P	QL(43 GM por surtido al por menor)
clotrimazole vaginal CREA 2 %	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)	VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal)	NP	
GYNAZOLE-1	P		VASOPRESORES - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades cardíacas y circulatorias		
metronidazole vaginal	P	QL(70 GM por surtido al por menor)	Medicamentos para el tratamiento de la anafilaxia		
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)	AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML	NP	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor
miconazole nitrate vaginal CREA 2 %	P	OTC; QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)	AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML	NP	
miconazole nitrate vaginal KIT	P				
miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG	P	OTC; QL(7 cada 30 días de venta al por menor)			
miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)			

Georgia Medicaid

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
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 surtidos máx. cada 365 días de venta al por menor	<i>ergocalciferol SOLN PO</i> 200 MCG/ML	P	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ 0.15 MG/0.15ML	P	QL(2 por surtido al por menor); 4 cada 365 días de venta al por menor)	KEY-E CHEW	P	QL(2 cada día)
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>phytonadione TABS</i> 5 MG	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	VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML	P	Límite de edad = 6 meses a 1 año
Medicamentos para la hipotensión ortostática neurogénica (NOH)			VITAMIN E/D-ALPHA CAPS 200 UNIT	P	QL(2 cada día)
<i>droxidopa</i>	P	SP; PA	<i>vitamin e CAPS</i> 100 UNIT, 400 UNIT	P	OTC; QL(2 cada día)
NORTHERA (Use <i>droxidopa</i>)	NP	SP; PA	<i>vitamin e CAPS</i> 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG	P	QL(2 cada día)
Vasopresores			VITAMIN E CAPS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>midodrine hcl</i>	P		VITAMIN E CAPS	P	QL(2 cada día)
VITAMINAS			VITAMIN E CHEW	P	OTC; QL(2 cada día)
Vitaminas solubles en aceite			Vitaminas solubles en agua		
BABY DDROPS LIQD PO (Use <i>cholecalciferol</i>)	NP	Límite de edad = menos de 6 meses	<i>ascorbic acid TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>cholecalciferol CAPS</i> 1.25 MG, 1250 MCG, 50000 UNIT	P	OTC; QL(8 cada 30 días de venta al por menor)	B-1 TABS	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
<i>cholecalciferol CAPS</i>	P	OTC; QL(100 por surtido al por menor)	NIACIN ER CPCR	P	OTC
<i>cholecalciferol LIQD PO</i> 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML	P		NIACIN ER TBCR	P	OTC
<i>cholecalciferol LIQD PO</i>	P	Límite de edad = menos de 6 meses	<i>niacin CPCR</i> 250 MG, 500 MG	P	OTC
DRISDOL CAPS (Use <i>ergocalciferol</i>)	NP		<i>niacin TABS</i> 500 MG	P	OTC
D-VI-SOL LIQD PO (Use <i>cholecalciferol</i>)	NP		<i>niacin TBCR</i>	P	OTC
<i>ergocalciferol CAPS</i>	P		<i>pyridoxine hcl TABS</i> 25 MG, 50 MG, 100 MG	P	OTC
			<i>riboflavin TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)
			SLO-NIACIN TBCR (Use <i>niacin</i>)	NP	OTC
			<i>thiamine hcl TABS</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)

Georgia Medicaid

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
<i>thiamine mononitrate</i> TABS 100 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)

ÍNDICE

2SAN COVID-19 RAPID SELF TEST KIT _____	55	acebutolol hcl CAPS _____	41	hcl) _____	18
abacavir sulfate SOLN _____	37	acetaminophen CHEW _____	5	ACTOS (Use pioglitazone hcl) _____	20
abacavir sulfate TABS _____	37	acetaminophen ELIX _____	5	ACULAR (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	89
abacavir sulfate-lamivudine _____	37	acetaminophen LIQD 160 MG/5ML .5		ACULAR LS (Use ketorolac tromethamine (ophth)) _____	89
ABECMA _____	31	acetaminophen SOLN PO 160 MG/5ML, 325 MG/10.15ML, 650 MG/20.3ML _____	5	acyclovir CAPS _____	40
ABILIFY MAINTENA PRSY _____	37	acetaminophen SUPP 120 MG, 650 MG _____	5	acyclovir SUSP _____	40
ABILIFY MAINTENA SRER _____	37	acetaminophen SUSP 160 MG/5ML, 650 MG/20.3ML _____	5	acyclovir TABS PO 400 MG _____	40
ABILIFY TABS (Use aripiprazole) .37		acetaminophen TABS 325 MG, 500 MG _____	5	acyclovir TABS PO 800 MG _____	40
abiraterone acetate _____	31	acetaminophen w/ codeine SOLN _	7	acyclovir topical CREA _____	51
ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles) _____	34	acetaminophen w/ codeine TABS 15 MG-300 MG, 30 MG-300 MG, 60 MG-300 MG _____	7	acyclovir topical OINT _____	51
ABRYSVO _____	97	acetazolamide CP12 _____	57	ADACEL SUSP _____	95
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use isotretinoin) _____	48	acetazolamide TABS _____	57	ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML _____	95
ACAM2000 _____	97	acetic acid (otic) _____	89	ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT	3
ACCU-CHEK AVIVA SOLN _____	68	acetylcysteine SOLN _____	48	ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT	3
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL LIQD _____	68	ACTEMRA ACTPEN SOAJ _____	4	ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ACCU-CHEK GUIDE KIT _____	68	ACTEMRA SOLN _____	4	ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML _____	3
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT _____	68	ACTEMRA SOSY _____	4	ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ _____	3
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRP .55		ACTHIB SOLR IM _____	97	ADALIMUMAB-ADAZ SOSY _____	3
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL LIQD _____	68	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML _	34	ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT	3
ACCUPRIL (Use quinapril hcl) _____	25	ACTIVELLA TABS 1 MG-0.5 MG (Use estradiol & norethindrone acetate) _____	60	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	3
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	25	ACTIVITY POUCH MISC _____	72	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT _____	3
ACCURETIC 12.5 MG-20 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide) _____	26	ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium) _____	57	ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) AJKT _____	3
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLN _____	68	ACTOPLUS MET TABS 850 MG-15 MG (Use pioglitazone hcl-metformin		ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV	

STARTER) AJKT _____ 3	ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11	UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT _____ 63
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40 MG/0.4ML _____ 3	ADVANCE MICRO-DRAW CONTROL LIQD _____ 68	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2 SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40 MG/0.4ML _____ 3	ADVANCE MICRO-DRAW NORMAL LIQD _____ 68	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT . 3	ADVATE _____ 63	AGAMATRIX CONTROL NORMAL/HIGH SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____ 3	ADVIL COLD/SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen) _____ 46	AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADALIMUMAB-RYVK (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML _____ 3	ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____ 4	AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADALIMUMAB-RYVK (2 PEN) AJKT . 3	ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____ 55	AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT _____ 3	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE _____ 71	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC _____ 73
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC _____ 72	ADYNOVATE _____ 63	AIRZONE PEAK FLOW METER _ 73
ADBRY SOSY _____ 52	AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC _____ 73	albuterol sulfate AERS _____ 11
ADCETRIS _____ 30	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU 0.083 % _____ 11
ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____ 43	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____ 11
ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU _____ 11
ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1	AEROTRACH PLUS MISC _____ 73	ALBUTEROL SULFATE NEBU _ 11
ADEMPAS _____ 43	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____ 32	albuterol sulfate SYRP _____ 11
ADMELOG SOLN IJ _____ 20	AFINITOR TABS (Use everolimus) 32	albuterol sulfate TABS _____ 12
ADMELOG SOLOSTAR SOPN _ 20	AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY _____ 97	ALCOHOL PREP PADS-MISC ____ 71
ADRENALIN 0.1 % _____ 85	AFLURIA QUADRIVALENT SUSP 97	ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____ 57
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____ 94	AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML _____ 97	ALDURAZYME _____ 59
ADULT AEROSOL MASK MISC _ 72	AFLURIA SUSP _____ 97	ALECENSA _____ 32
ADULT DISPOSABLE MISC _____ 72	AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000	alendronate sodium SOLN _____ 57
ADULT MASK LARGE MISC _____ 73		alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG _____ 57
		alendronate sodium TABS 5 MG, 10

MG _____	57	alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-120	amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide _____	26
ALEVE ALL DAY STRONG TABS 220 MG (Use naproxen sodium) _____	4	MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, 400 MG/10ML-40 MG/10ML-400	AMNIOTIC MEMBRANE	
ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____	4	MG/10ML _____	ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET	.55
ALFERON N _____	34	ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP _____	AMONDYS 45 _____	85
ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium) _____	29	ALUNBRIG TABS _____	amoxapine _____	18
ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC . 73		ALUNBRIG TBPk _____	amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 90	
ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23	amantadine hcl CAPS _____	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____	90
ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____	23	amantadine hcl SOLN _____	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	90
allopurinol 100 MG, 300 MG _____	63	AMBIEN TABS (Use zolpidem tartrate) _____	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____	90
ALOCRIl _____	89	ambrisentan _____	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG 91	
alogliptin benzoate _____	19	amiloride & hydrochlorothiazide ____	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____	91
alogliptin-metformin hcl _____	18	amiloride hcl TABS _____	amoxicillin CAPS _____	90
alogliptin-pioglitazone 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5 MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG _____	18	aminocaproic acid SOLN IV 250 MG/ML _____	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . 90	
ALOMIDE _____	89	aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML _____	amoxicillin SUSR _____	90
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR ____	60	aminocaproic acid TABS 1000 MG 65	amoxicillin TABS 875 MG _____	90
ALPHANATE SOLR _____	63	aminocaproic acid TABS 500 MG .	amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____	96
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____	63	amiodarone hcl TABS 200 MG ____	amphetamine-dextroamphetamine CP24 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG _____	1
alprazolam TABS _____	10	AMITIZA (Use lubiprostone) _____	amphetamine-dextroamphetamine TABs _____	1
ALPROLIX _____	63	amitriptyline hcl TABS _____	ampicillin CAPS 500 MG _____	90
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _____	25	AMLADEX TABS _____	AMPYRA (Use dalfampridine) ____	93
ALTRIXA TABS _____	81	amlodipine besylate TABS _____		
alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____	9	amlodipine besylate-benazepril hcl 26		
		amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____		
		amlodipine besylate-valsartan ____		

ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____	18	aripiprazole TABS _____	37	72	
ANALPRAM HC LOTN EX _____	8	aripiprazole TBDP _____	37		ASSURE II CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____ 68
ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8	ARISTADA _____	37		ASSURE II CONTROL LIQD ____ 68
ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____	4	ARISTADA INITIO _____	37		ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN _____ 68
anastrozole _____	31	ARIXTRA (Use fondaparinux sodium) _____	12		ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____ 68
ANDEXXA 200 MG _____	21	ARMOUR THYROID TABS _____	94		ASSURE TITANIUM STRP ____ 55
ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____	22	ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (Use fluticasone furoate (inhalation)) ____	11		ATACAND (Use candesartan cilexetil) _____ 25
ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____	8	AROMASIN (Use exemestane) ____	31		ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____ 26
APLIGRAF DISK _____	55	arsenic trioxide _____	34		atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG _____ 37
APOKYN SOCT _____	35	ARZERRA _____	30		atazanavir sulfate CAPS 300 MG_ 37
apomorphine hydrochloride SOCT	35	ascorbic acid TABS _____	100		ATELVIA TBEC (Use risedronate sodium) _____ 58
APO-VARENICLINE TABS _____	93	ASMANEX HFA AERO _____	11		atenolol & chlorthalidone _____ 26
apraclonidine hcl _____	87	ASPARLAS _____	34		atenolol TABS _____ 41
APRISO CP24 (Use mesalamine) .	61	aspirin buffered (cal carb-mag carb- mag oxide) _____	6		ATGAM _____ 79
APTIVUS CAPS _____	37	aspirin CHEW _____	6		ATIVAN TABS (Use lorazepam) ____ 10
AQINJECT PEN NEEDLE _____	71	ASPIRIN SUPP 300 MG _____	6		atomoxetine hcl _____ 1
AQUORAL SOLN _____	81	aspirin TABS 325 MG _____	6		atorvastatin calcium TABS _____ 24
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	94	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG ____	6		atropine sulfate (ophthalmic) OINT 87
ARAVA (Use leflunomide) _____	5	ASSESS PEAK FLOW METER ____	73		atropine sulfate (ophthalmic) SOLN . 87
ARCALYST _____	4	ASSURE 3 CONTROL LIQD ____	68		ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic)) . 87
ARESTIN _____	80	ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____	68		ATROPINE SULFATE SOLN 1 % ..87
AREXVY _____	97	ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD _____	68		ATROVENT HFA _____ 10
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) _____	92	ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL SOLN _____	68		AUBAGIO (Use teriflunomide) ____ 93
ARIKAYCE _____	2	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES _____	72		
ARIMIDEX (Use anastrozole) ____	31	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES .			
aripiprazole SOLN PO _____	37				

AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	91	azithromycin TABS 250 MG _____	67	b-complex vitamins TABS _____	81
AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML _____	91	azithromycin TABS 500 MG _____	67	b-complex w/ c & folic acid CAPS_	81
AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate)	91	azithromycin TABS 600 MG _____	67	b-complex w/ c & folic acid TABS_	81
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE _____	72	AZOPT (Use brinzolamide) _____	89	BD GLUCOSE CHEW _____	19
AUM PEN NEEDLE _____	72	AZOR (Use amlodipine besylate-olmesartan medoxomil) _____	26	BD PEN NEEDLES _____	72
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML_	99	AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____	61	BEIZRAY CONC 20 MG/ML _____	34
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML _____	99	AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____	61	BELBUCA FILM _____	8
AVALIDE (Use irbesartan-hydrochlorothiazide) _____	26	b complex w/ c CAPS _____	81	BELEODAQ _____	32
AVAPRO 150 MG, 300 MG (Use irbesartan) _____	25	B-1 TABS _____	100	BELRAPZO SOLN _____	29
AVEED SOLN _____	8	BABY DDROPS LIQD PO (Use cholecalciferol) _____	100	BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____	22
AVONEX PEN AJKT _____	93	bacitracin (ophthalmic) _____	87	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl) .	22
AVONEX PREFILLED PSKT _____	93	bacitracin (topical) OINT _____	49	BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS _____	22
AVSOLA _____	61	bacitracin zinc OINT _____	49	BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____	22
AYVAKIT _____	32	bacitracin-polymyxin b (ophth) _____	87	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl) .	22
azacitidine SUSR _____	29	baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____	83	benazepril & hydrochlorothiazide .	26
azathioprine TABS 50 MG _____	79	baclofen TABS _____	84	benazepril hcl 40 MG _____	25
azathioprine TABS 75 MG, 100 MG 79		BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	27	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG .	25
AZEDRA DOSIMETRIC _____	34	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) _____	27	BENDAMUSTINE HCL SOLN _____	29
AZEDRA THERAPEUTIC _____	34	balsalazide disodium CAPS _____	61	bendamustine hcl SOLR _____	29
azelastine hcl (ophth) _____	89	BALVERSA _____	32	BENDEKA SOLN _____	29
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____	84	BANZEL SUSP (Use rufinamide) _	13	BENEFIX KIT _____	63
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____	84	BANZEL TABS (Use rufinamide) _	13	BENICAR (Use olmesartan medoxomil) _____	25
azithromycin PACK _____	67	BAVENCIO _____	30	BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide)	26
azithromycin SUSR _____	67	BCG VACCINE _____	97	BENLYSTA SOAJ _____	80
		b-complex vitamins CAPS _____	81	BENLYSTA SOLR _____	80

BENLYSTA SOSY _____	80	betaxolol hcl (ophth) SOLN _____	86	BIVIGAM SOLN _____	90
BENTYL SOLN IM (Use dicyclomine hcl) _____	95	bethanechol chloride _____	97	BLINCYTO _____	30
BENZAC AC WASH LIQD 5 % _____	48	BETHKIS NEBU (Use tobramycin) .2		BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 333 STRP _____	55
BENZNIDAZOLE _____	9	BEVACIZUMAB IZ 1.25 MG/0.05ML, 2 MG/0.08ML, 2.25 MG/0.09ML, 2.5 MG/0.1ML, 3.25 MG/0.13ML _____	87	BLULINK CONTROL HIGH & LOW LIQD _____	68
benzonatate 100 MG _____	45	BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML .	87	BLULINK GLUCOSE TEST STRP _____	55
benzonatate 200 MG _____	46	bexarotene (topical) _____	50	BONSITY SOPN 560 MCG/2.24ML	58
benzoyl peroxide BAR _____	48	bexarotene _____	34	BOOSTRIX SUSP _____	95
benzoyl peroxide GEL 2.5 %, 5 %, 10 % _____	48	BEXSERO 0.5 ML _____	97	BOOSTRIX SUSY _____	95
BENZOYL PEROXIDE GEL _____	48	BEYFORTUS _____	90	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG _____	32
benzoyl peroxide LIQD 4 %, 5 %, 10 % _____	48	bicalutamide _____	31	bortezomib SOLR IJ _____	32
benzoyl peroxide LOTN 5 %, 10 %	48	BIKTARVY _____	37	bosentan TABS _____	43
BENZOYL PEROXIDE LOTN 5 %, 10 % _____	48	BI-MIX SOLR _____	42	bosentan TBSO 32 MG _____	43
benztropine mesylate TABS _____	35	BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	55	BOSULIF TABS _____	32
BERINERT KIT _____	63	BINAXNOW COVID-19 ANTIGEN SELF KIT _____	55	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO _____	83
BESPONSA _____	30	BIOLYTE SOLN _____	78	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLN _____	83
BESREMI _____	34	BIOTEL CARE BLOOD GLUCOSE KIT _____	68	BRAFTOVI 75 MG _____	32
betaine _____	59	BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY SOLN _____	81	BREATHE EASE NEB MASK/CHILD MISC _____	73
betamethasone dipropionate (topical) CREA _____	51	BIOTHRAX _____	97	BREATHE EASE NEB MASK/INFANT MISC _____	73
betamethasone dipropionate augmented CREA _____	51	bisacodyl SUPP _____	67	BREATHE EASE PEAK FLOW METER _____	73
betamethasone valerate CREA _____	51	bisacodyl TBEC _____	67	BREYANZI _____	31
betamethasone valerate LOTN _____	51	bismuth subsalicylate CHEW 262 MG _____	21	BRIDION SOLN _____	21
betamethasone valerate OINT _____	51	bismuth subsalicylate SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML _____	21	BRILINTA 60 MG, 90 MG (Use ticagrelor) _____	64
BETAPACE AF (Use sotalol hcl (afib/af)) _____	41	bisoprolol & hydrochlorothiazide _____	26	brimonidine tartrate 0.2 % _____	87
BETAPACE TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG (Use sotalol hcl) _____	41	bisoprolol fumarate _____	41		

BRINEURA _____	59	phenylbutyrate) _____	59	BYETTA 5 MCG PEN SOPN 5	
brinzolamide _____	89	buprenorphine hcl SOLN _____	8	MCG/0.02ML (Use exenatide) ____	19
BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML _	13	buprenorphine hcl SUBL _____	8	BYLVAY (PELLETS) CPSP _____	61
bromocriptine mesylate CAPS ____	35	buprenorphine hcl-naloxone hcl		BYLVAY CAPS _____	61
bromocriptine mesylate TABS 2.5		dihydrate FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1		CABLIVI _____	64
MG _____	35	MG-4 MG, 2 MG-8 MG _____	8	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG ...	32
brompheniramine & phenyleph ELIX .		buprenorphine hcl-naloxone hcl		CABOMETYX TABS 40 MG _____	32
46		dihydrate FILM SL 3 MG-12 MG ____	8	caffeine citrate SOLN PO _____	1
brompheniramine & pseudoeph ELIX		buprenorphine hcl-naloxone hcl		CAFFEINE CITRATED POWD _____	1
46		dihydrate SUBL _____	8	calcipotriene CREA _____	50
brompheniramine & pseudoeph LIQD		bupropion hcl (smoking deterrent) 93		calcipotriene SOLN _____	50
15 MG/5ML-1 MG/5ML _____	46	bupropion hcl TABS _____	15	calcitonin (salmon) IJ _____	58
BRONCHITOL _____	94	bupropion hcl TB12 100 MG _____	16	calcitonin (salmon) NA _____	58
BRONCHITOL TOLERANCE TEST .		bupropion hcl TB12 150 MG _____	15	calcitriol CAPS _____	59
94		bupropion hcl TB12 200 MG _____	15	CALCIUM 600 +D HIGH POTENCY	
BRUKINSA _____	32	bupropion hcl TB24 150 MG _____	16	TABS _____	77
BUBBLES THE FISH II PEDI MASK		bupropion hcl TB24 300 MG _____	16	calcium acetate (phosphate binder)	
MISC _____	73	buspirone hcl 15 MG _____	9	CAPS _____	62
budesonide (inhalation) SUSP ____	11	buspirone hcl 5 MG, 10 MG _____	9	calcium carbonate (antacid) CHEW	
budesonide-formoterol fumarate		buspirone hcl 7.5 MG, 30 MG _____	9	500 MG _____	9
dihydrate _____	12	butalbital-acetaminophen TABS 50		calcium carbonate-cholecalciferol	
budesonide-formoterol fumarate		MG-325 MG _____	5	TABS 10 MCG-600 MG, 20 MCG-	
dihydrate 160 MCG/ACT-4.5		butalbital-acetaminophen-caffeine		600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800	
MCG/ACT _____	12	CAPS 40 MG-50 MG-325 MG ____	5	UNIT-600 MG _____	77
budesonide-formoterol fumarate		butalbital-acetaminophen-caffeine		calcium carbonate-cholecalciferol	
dihydrate 80 MCG/ACT-4.5		TABS 40 MG-50 MG-325 MG ____	5	TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-	
MCG/ACT _____	12	butalbital-acetaminophen-caffeine w/		500 MG, 500 MG-5 MCG _____	77
BUFFERIN (Use aspirin buffered		codeine 30 MG-40 MG-50 MG-325		calcium carbonate-vitamin d TABS	
(cal carb-mag carb-mag oxide)) ____	6	MG _____	7	125 UNIT-250 MG, 250 MG-125	
bumetanide TABS _____	57	butalbital-aspirin-caffeine CAPS ____	5	UNIT _____	77
BUMEX TABS 0.5 MG (Use		butalbital-aspirin-caffeine w/cod ____	7	calcium carbonate-vitamin d TABS	
bumetanide) _____	57	BYETTA 10 MCG PEN SOPN 10		600 MG-200 UNIT _____	77
BUPHENYL POWD (Use sodium		MCG/0.04ML (Use exenatide) ____	19	calcium polycarbophil TABS _____	66
phenylbutyrate) _____	59				
BUPHENYL TABS (Use sodium					

CALTRATE 600+D3 TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) .77	CARBAGLU (Use carglumic acid) 59	HANGER MISC _____ 73
CALTRATE BONE HEALTH TABS (Use calcium carbonate-cholecalciferol) _____ 77	carbamazepine CHEW 100 MG __ 13	CARETOUCH CONTROL SOL LEVEL 2 LIQD _____ 69
camphor & menthol LOTN _____ 50	carbamazepine SUSP _____ 13	CARETOUCH CPAP & BIPAP HOSE MISC _____ 73
CAMPTOSAR (Use irinotecan hcl) . 35	carbamazepine TABS _____ 13	CARETOUCH CPAP MASK WIPES MISC _____ 73
CAMZYOS _____ 42	carbamazepine TB12 _____ 13	CARETOUCH CPAP PRE-WASH SOLN MISC _____ 73
candesartan cilexetil _____ 25	carbamide peroxide (otic) 6.5 % __ 89	CARETOUCH CPAP TUBE BRUSH MISC _____ 73
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide _____ 26	carbidopa _____ 35	CARETOUCH TEST STRP _____ 55
capecitabine _____ 29	carbidopa-levodopa TABS _____ 35	CARETOUCH UNIVERSL CPAP FILTER MISC _____ 73
CAPHOSOL SOLN _____ 81	carbidopa-levodopa TBCR _____ 35	carglumic acid _____ 59
CAPRELSA _____ 32	carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML _____ 29	CARNITOR SF SOLN PO (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) . 59
capsaicin CREA 0.025 %, 0.075 % . 53	CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 41	CARNITOR SOLN PO 1 GM/10ML (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 59
capsaicin CREA 0.035 % _____ 53	CARDIZEM CD CP24 240 MG (Use diltiazem hcl coated beads) _____ 41	CARNITOR TABS (Use levocarnitine (metabolic modifiers)) _____ 59
capsaicin CREA 0.1 % _____ 53	CARDIZEM TABS 30 MG, 60 MG, 120 MG (Use diltiazem hcl) _____ 41	carteolol hcl (ophth) _____ 86
captopril & hydrochlorothiazide 15 MG-25 MG, 15 MG-50 MG, 25 MG-25 MG _____ 26	CARDURA (Use doxazosin mesylate) _____ 25	carvedilol 25 MG _____ 40
captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG _____ 26	CARESENS CONTROL A SOLN . 69	carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG _____ 40
captopril _____ 25	CARESENS CONTROL SOLUTION A/B SOLN _____ 69	carvedilol phosphate _____ 40
CAPZASIN-HP CREA (Use capsaicin) _____ 53	CARESENS N GLUCOSE TEST STRP _____ 55	CARVYKTI _____ 31
CAPZASIN-P CREA 0.035 % (Use capsaicin) _____ 53	CARESENS N PLUS BT KIT _____ 69	CASODEX (Use bicalutamide) __ 31
CARAC CREA (Use fluorouracil (topical)) _____ 50	CARESENS S CONTROL SOLN A/B LIQD _____ 69	CASTIVA WARMING LOTN _____ 53
CARAFATE SUSP (Use sucralfate) . 96	CARESENS S GLUCOSE TEST STRP _____ 55	CAYSTON _____ 28
CARAFATE TABS (Use sucralfate) . 96	CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT _____ 55	cefaclor CAPS _____ 43
	CARETOUCH 2 CPAP HOSE	cefaclor SUSR 250 MG/5ML _____ 43

cefadroxil CAPS _____	43	cetirizine hcl CHEW _____	23	chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____	37
cefadroxil SUSR _____	43	cetirizine hcl SOLN PO _____	23	chlorthalidone 25 MG, 50 MG _____	57
cefadroxil TABS _____	43	cetirizine hcl SYRP PO 1 MG/ML _____	23	chlorzoxazone TABS 500 MG _____	84
cefdinir CAPS _____	43	cetirizine hcl TABS _____	23	cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1250 MCG, 50000 UNIT _____	100
cefdinir SUSR _____	44	cetirizine-pseudoephedrine _____	46	cholecalciferol CAPS _____	100
cefixime CAPS _____	44	cetrorelix acetate _____	58	cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____	100
cefprozil SUSR _____	43	CETROTIDE (Use cetrorelix acetate) _____	58	cholecalciferol LIQD PO _____	100
cefprozil TABS _____	43	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK TABS (Use varenicline tartrate) . 93		cholestyramine light PACK _____	24
ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____	44	CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Use varenicline tartrate) _____	93	cholestyramine light POWD _____	24
cefuroxime axetil TABS _____	43	CHANTIX TABS (Use varenicline tartrate) _____	93	cholestyramine PACK _____	24
CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	CHEMET _____	21	cholestyramine POWD _____	24
CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	CHEMSTRIP K STRP _____	55	CHORIONIC GONADOTROPIN IM 58	
CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	chenodiol _____	61	CIBINQO _____	52
CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil) _____	79	CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	cilostazol _____	64
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil) _____	79	CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	CILOXAN OINT _____	87
CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil) _____	79	chlordiazepoxide hcl CAPS _____	10	CIMDUO _____	37
CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS _____	81	chlorhexidine gluconate (mouth-throat) _____	80	cimetidine hcl PO 300 MG/5ML _____	95
cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG 43		chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 % _____	37	cimetidine TABS _____	95
cephalexin SUSR _____	43	chloroquine phosphate TABS 250 MG _____	28	cinacalcet hcl _____	59
CEPROTIN _____	64	chloroquine phosphate TABS 500 MG _____	28	CINQAIR _____	10
CERASPORT EX1 SOLN _____	78	chlorpheniramine maleate SYRP _____	22	CINRYZE SOLR IV _____	63
CERASPORT SOLN _____	78	chlorpheniramine maleate TABS _____	22	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____	61
CERDELGA _____	64	chlorpromazine hcl TABS 10 MG . 37		ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN _____	87
CEREZYME 400 UNIT _____	64			ciprofloxacin hcl TABS 100 MG _____	61
				ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	61
				ciprofloxacin-dexamethasone _____	89

cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML_____	29	palmitate hydrochloride) _____	28	51	
CISPLATIN SOLR _____	29	CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	28	clomipramine hcl 75 MG _____	18
citalopram hydrobromide SOLN ____	16	CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	99	clonazepam TABS _____	13
citalopram hydrobromide TABS 10 MG _____	16	CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	48	clonidine hcl (adhd) TB12 _____	1
citalopram hydrobromide TABS 20 MG _____	16	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____	73	clonidine hcl TABS _____	25
citalopram hydrobromide TABS 40 MG _____	16	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) _____	60	clopidogrel bisulfate 75 MG _____	64
cladribine 10 MG/10ML _____	29	CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____	48	clorazepate dipotassium TABS ____	10
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML	67	clindamycin hcl 150 MG, 300 MG .	28	clotrimazole (topical) CREA _____	49
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML	67	clindamycin palmitate hydrochloride .	28	clotrimazole (topical) SOLN _____	49
clarithromycin TABS _____	67	clindamycin phosphate (topical) GEL .	48	clotrimazole vaginal CREA 1 % ____	99
clarithromycin TB24 _____	67	clindamycin phosphate (topical) LOTN _____	48	clotrimazole vaginal CREA 2 % ____	99
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine) _____	23	clindamycin phosphate (topical) SOLN _____	48	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____	49
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine) _____	23	clindamycin phosphate vaginal CREA _____	99	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____	49
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine) _____	23	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT _____	55	clozapine TABS _____	36
CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (Use loratadine) _____	23	clobetasol propionate CREA 0.05 % .	51	CLOZARIL TABS (Use clozapine)	36
CLARITIN SOLN (Use loratadine) .	23	clobetasol propionate emollient base 0.05 %	51	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC _____	73
CLARITIN TABS (Use loratadine) .	23	clobetasol propionate GEL 0.05 %	51	COAGADDEX _____	63
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____	46	clobetasol propionate OINT 0.05 % .	51	coal tar extract SHAM 0.5 % _____	54
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine) ____	46	clobetasol propionate SOLN 0.05 % .	51	COARTEM _____	28
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT _____	55			codeine sulfate TABS 30 MG _____	6
CLEMASZ TABS 2.68 MG (Use clemastine fumarate) _____	22			CODEINE SULFATE TABS _____	6
CLEOCIN (Use clindamycin				COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____	67
				COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____	67
				COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____	61
				colchicine TABS _____	63
				colchicine w/ probenecid _____	63

COLCRYS TABS (Use colchicine) .63	CONTOUR NEXT EZ KIT _____ 69	COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT _____ 55
COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____ 46	CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT _____ 69	COVID-19 AT-HOME TEST KIT __ 55
COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl) _____ 24	CONTOUR NEXT ONE KIT _____ 69	COZAAR (Use losartan potassium) 25
COLESTID GRAN (Use colestipol hcl) _____ 24	CONTOUR PLUS BLUE KIT _____ 69	CREON CPEP _____ 57
COLESTID TABS (Use colestipol hcl) 24	CONTOUR PLUS CONTROL SOLUTION LIQD _____ 69	CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium) _____ 24
colestipol hcl GRAN 24	CONTOUR PLUS TEST STRP __ 55	cromolyn sodium (nasal) 5.2 MG/ACT _____ 84
colestipol hcl TABS 24	COOL CONTROL A SOLN _____ 69	cromolyn sodium (ophth) _____ 89
COMBIPATCH PTTW _____ 60	COOL CONTROL B SOLN _____ 69	cromolyn sodium NEBU _____ 10
COMBIVENT RESPIMAT AERS _ 12	COPAXONE SOSY (Use glatiramer acetate) _____ 93	crotamiton LOTN _____ 54
COMBIVIR (Use lamivudine-zidovudine) _____ 37	COPIKTRA _____ 32	CTEXLI TABS PO 250 MG _____ 61
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT _____ 32	COREG 25 MG (Use carvedilol) _____ 40	CUTAQUIG _____ 90
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT _____ 32	COREG 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG (Use carvedilol) _____ 40	CUVITRU SOLN _____ 90
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT _____ 32	COREG CR (Use carvedilol phosphate) _____ 41	CVS COVID-19 AT HOME TEST KIT _____ 55
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 72	CORETEXT SUSP 1 ML, 2 ML __ 55	CVS DRY MOUTH SOLN _____ 81
COMIRNATY 5-11 YEARS SUSP 10 MCG/0.3ML _____ 97	CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (Use nadolol) _____ 41	CVS GLUCOSE _____ 19
COMIRNATY SUSP _____ 97	CORIFACT _____ 63	CVS GLUCOSE CHEW _____ 19
COMIRNATY SUSY _____ 97	CORTEF TABS (Use hydrocortisone) 45	CVS LANOLIN CREA _____ 53
COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (Use emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate) _____ 38	CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____ 8	CVS SOFT GLUCOSE CHEW ____ 19
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _ 1	CORTISONE ACETATE TABS __ 45	CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP _____ 55
CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____ 1	CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____ 55	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____ 64
CONDOMS-MISC _____ 68	COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate) _____ 86	cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG _____ 84
	cosyntropin SOLR _____ 55	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG 84
	COTELLIC _____ 32	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl) 87
		CYCLOGYL 0.5 % _____ 87

CYCLOGYL 2 % _____	87	sodium) _____	94	DEBROX 6.5 % (Use carbamide peroxide (otic)) _____	89
cyclopentolate hcl 1 % _____	87	CYTOTEC (Use misoprostol) ____	96	decitabine _____	29
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML (Use cyclophosphamide) .	29	dabigatran etexilate mesylate CAPS .	12	deferasirox PACK _____	21
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML _____	29	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS .	81	deferasirox TABS _____	21
cyclophosphamide SOLN _____	29	dalfampridine _____	93	deferasirox TBSO _____	21
cyclophosphamide SOLR IJ _____	29	DALIRESP (Use roflumilast) ____	11	deferiprone TABS _____	21
cyclosporine CAPS _____	79	dapagliflozin propanediol _____	20	deferoxamine mesylate _____	21
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS _____	79	dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG _____	18	DEFITELIO _____	64
cyclosporine modified (for microemulsion) SOLN _____	79	dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG _____	18	deflazacort SUSP _____	45
cyclosporine SOLN IV 50 MG/ML .	79	dapsone _____	28	deflazacort TABS _____	45
CYLTEZO (2 PEN) AJKT _____	3	DAPTACEL _____	95	DEFLUX _____	62
CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT ____	3	DARAPRIM (Use pyrimethamine)	28	DELSTRIGO _____	38
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT _____	3	darunavir TABS 600 MG _____	38	DELSYM COUGH CHILDRENS SUER (Use dextromethorphan polistirex) _____	46
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER AJKT _____	3	darunavir TABS 800 MG _____	38	DELSYM SUER (Use dextromethorphan polistirex) ____	46
CYMBALTA CPEP (Use duloxetine hcl) _____	17	DARZALEX _____	30	DELZICOL CPDR (Use mesalamine)	62
cyproheptadine hcl SYRP _____	23	DARZALEX FASPRO _____	32	DEMEROL SOLN IJ (Use meperidine hcl) _____	6
cyproheptadine hcl TABS _____	23	dasatinib _____	32	DEMSE (Use metyrosine) ____	25
CYRAMZA _____	30	DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl) _____	32	DENG VAXIA _____	97
CYSTADANE (Use betaine) ____	59	daunorubicin hcl SOLN _____	32	DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium) _____	15
CYSTADROPS _____	89	DAURISMO _____	31	DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium) _____	15
CYSTAGON CAPS _____	62	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS _____	22	DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium) _____	15
CYSTARAN _____	89	DDAVP PF SOLN IJ (Use desmopressin acetate) _____	60	DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium) _____	15
cytarabine SOLN _____	29	DDAVP SOLN IJ 4 MCG/ML (Use desmopressin acetate) _____	60	DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium) _____	15
CYTOGAM SOLN _____	90	DDAVP TABS (Use desmopressin acetate) _____	60		
CYTOMEL TABS (Use liothyronine					

DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium) _____	15	(triphasic) _____	44	DEXEDRINE CP24 10 MG, 15 MG (Use dextroamphetamine sulfate)___	1
DEPEN TITRATABS TABS (Use penicillamine) _____	79	desonide CREA _____	52	DEXILANT (Use dexlansoprazole)	96
DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))_____	44	desonide OINT _____	52	dexlansoprazole _____	96
DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))_____	45	desoximetasone CREA 0.05 % ____	52	dexmethylphenidate hcl TABS ____	1
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC_____	45	desoximetasone CREA 0.25 % ____	52	dexrazoxane hcl _____	34
DERMAREST PSORIASIS GEL__	53	desoximetasone GEL _____	52	DEXTENZA INST _____	88
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL (Use fluocinolone acetonide) ____	52	desoximetasone OINT 0.25 % ____	52	dextroamphetamine sulfate CP24__	1
DERMOTIC (Use fluocinolone acetonide (otic)) _____	89	DESTRESS-IRON TABS _____	81	dextroamphetamine sulfate TABS 5 MG, 10 MG _____	1
DESCOVY 120 MG-15 MG ____	38	desvenlafaxine succinate 100 MG	17	dextromethorphan polistirex SUER	46
DESCOVY 200 MG-25 MG ____	38	desvenlafaxine succinate 25 MG, 50 MG _____	17	dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD _____	46
DESFERAL 500 MG (Use deferoxamine mesylate) _____	21	DETROL LA CP24 (Use tolterodine tartrate) _____	96	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 150 MG/7.5ML-15 MG/7.5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	46
desipramine hcl TABS 10 MG, 50 MG, 75 MG, 100 MG, 150 MG ____	18	DETROL TABS (Use tolterodine tartrate) _____	96	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 100 MG/5ML-5 MG/5ML, 200 MG/5ML-30 MG/5ML, 400 MG/20ML-20 MG/20ML _____	46
desipramine hcl TABS 25 MG ____	18	DEX4 _____	19	dextromethorphan-guaifenesin LIQD 200 MG/5ML-10 MG/5ML _____	46
desmopressin acetate SOLN IJ ____	60	DEX4 NATURALS _____	19	dextromethorphan-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-10 MG/5ML, 200 MG/10ML-20 MG/10ML _____	46
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN NA_____	60	dexamethasone ELIX _____	45	dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG _____	46
desmopressin acetate spray _____	60	dexamethasone sodium phosphate (ophth) _____	88	dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS _____	47
desmopressin acetate spray refrigerated 0.01 % _____	60	dexamethasone sodium phosphate SOLN IJ 4 MG/ML, 20 MG/5ML, 120 MG/30ML _____	45	DEXYCU SUSP IO _____	88
desmopressin acetate TABS ____	60	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN IJ 4 MG/ML .	45	DHIVY TABS _____	35
desogestrel & ethinyl estradiol ____	44	dexamethasone sodium phosphate SOSY IJ 4 MG/ML _____	45	DHS TAR GEL SHAM (Use coal tar extract) _____	54
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) _____	44	dexamethasone SOLN _____	45		
desogestrel-ethinyl estradiol		dexamethasone TABS _____	45		
		DEXCOM G6 RECEIVER _____	69		
		DEXCOM G7 15 DAY SENSOR _	69		
		DEXCOM G7 RECEIVER _____	69		
		DEXCOM G7 SENSOR _____	69		

DHS TAR SHAM (Use coal tar extract) _____	54	benzoyl peroxide) _____	48	420 MG _____	41
DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	47	DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) .	22	diltiazem hcl extended release beads 240 MG _____	41
DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13	DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	22	diltiazem hcl TABS _____	42
DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13	DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____	22	dimenhydrinate TABS _____	22
DIACOMIT PACK 250 MG _____	13	diflunisal TABS _____	6	dimethyl fumarate CDPK _____	93
DIACOMIT PACK 500 MG _____	13	digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML _____	42	dimethyl fumarate CPDR _____	93
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG .	42	DIOVAN HCT (Use valsartan-hydrochlorothiazide) _____	26
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML _____	76	DIOVAN TABS (Use valsartan) _____	25
DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	DILANTIN (Use phenytoin sodium extended) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG _____	65
DIATHRIVE GLUCOSE CONTROL SOLN LIQD _____	69	DILANTIN _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG _____	65
diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG _____	13	DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin) _____	14	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____	65
diazepam (anticonvulsant) GEL _____	13	DILANTIN SUSP (Use phenytoin) _____	15	diphenhydramine hcl CAPS _____	23
diazepam SOLN PO 5 MG/5ML _____	10	DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin) _____	15	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML _____	23
diazepam TABS _____	10	DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML _____	23
dibucaine _____	53	DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6	diphenhydramine hcl TABS 25 MG .	23
dichlorphenamide _____	57	diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG _____	41	diphenoxylate w/ atropine LIQD _____	21
diclofenac potassium TABS 50 MG .	4	diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG _____	41	diphenoxylate w/ atropine TABS _____	21
diclofenac sodium (ophth) _____	89	diltiazem hcl CP12 _____	42	dipyridamole _____	64
diclofenac sodium (topical) GEL EX .	50	diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG .	42	disopyramide phosphate CAPS _____	10
diclofenac sodium TBEC _____	4	diltiazem hcl CP24 240 MG _____	42	DISPOSABLE FULL RANGE MISC .	73
dicloxacillin sodium _____	91	diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG,		DISPOSABLE LOW RANGE MISC .	73
dicyclomine hcl CAPS _____	95			DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC _____	73
dicyclomine hcl SOLN PO _____	95				
dicyclomine hcl TABS _____	95				
DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use					

DISPOSABLE PAPER MISC ____ 73	donepezil hydrochloride TABS 5 MG, 10 MG _____ 92	DULCOLAX TBEC (Use bisacodyl) . 67
DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE MISC _____ 73	dorzolamide hcl _____ 89	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG _____ 17
disulfiram 250 MG _____ 92	DORZOLAMIDE HCL _____ 89	DUO-CARE CONTROL SOLUTION LIQD _____ 69
divalproex sodium CSDR _____ 15	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL _____ 86	DUROLANE PRSY _____ 84
divalproex sodium TB24 250 MG . 15	dorzolamide hcl-timolol maleate ____ 86	D-VI-SOL LIQD PO (Use cholecalciferol) _____ 100
divalproex sodium TB24 500 MG . 15	DOVATO _____ 38	E.E.S. GRANULES SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____ 67
divalproex sodium TBEC 125 MG . 15	doxazosin mesylate _____ 25	EASY AIR NEBULIZER FILTERS MISC _____ 73
divalproex sodium TBEC 250 MG . 15	doxepin hcl CAPS _____ 18	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE _____ 72
divalproex sodium TBEC 500 MG . 15	doxepin hcl CONC _____ 18	EASY COMFORT PEN NEEDLES . 72
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel) _____ 34	doxycycline (monohydrate) CAPS 50 MG, 100 MG _____ 94	EASY FLOW 300 MM HOSE MISC . 73
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34	doxycycline (monohydrate) TABS 50 MG, 100 MG _____ 94	EASY FLOW 400 MM HOSE MISC . 73
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML _____ 34	doxycycline hyclate CAPS _____ 94	EASY FLOW AIR NOZZLE MISC_ 73
DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel) . 34	doxycycline hyclate TABS 100 MG . 94	EASY FLOW HEPA FILTER MISC . 73
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML _____ 34	doxylamine succinate (sleep) ____ 65	EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____ 55
docetaxel SOLN _____ 34	DRAMAMINE CHEW _____ 22	EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT _____ 69
DOCIVYX SOLN _____ 34	DRAMAMINE TABS (Use dimenhydrinate) _____ 22	EASY NEB NEBULIZER FILTERS MISC _____ 73
docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG _____ 67	DRISDOL CAPS (Use ergocalciferol) . 100	EASY TALK PLUS II TEST STRIPS STRP _____ 55
docusate sodium CAPS 50 MG ____ 67	DROPLET PEN NEEDLES _____ 72	EASY TOUCH CONTROL HIGH & LOW SOLN _____ 69
docusate sodium LIQD 50 MG/5ML, 100 MG/10ML _____ 67	drospirenone-ethinyl estradiol ____ 44	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE KIT _____ 69
DOCUSATE SODIUM SYRP _____ 67	DROXIA CAPS _____ 64	
docusate sodium TABS _____ 67	droxidopa _____ 100	
dofetilide _____ 10	DRYSOL SOLN _____ 53	
DOJOLVI _____ 86	DULCOLAX PINK LAXATIVE TBEC (Use bisacodyl) _____ 67	
DOLOBID TABS _____ 6	DULCOLAX SUPP (Use bisacodyl) . 67	

EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE STRP _____ 55	EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____ 50	EMCYT _____ 31
EASY TOUCH HEALTHPRO HIGH/LOW LIQD _____ 69	ELAPRASE _____ 59	EMFLAZA SUSP (Use deflazacort) 45
EASY TRAK II GLUCOSE TEST STRP _____ 55	ELEMENT COMPACT CONTROL 2 SOLN _____ 69	EMFLAZA TABS (Use deflazacort) 45
EASYMAX 15 LEVEL 2 CONTROL SOLN _____ 69	ELEMENT COMPACT CONTROL 3 SOLN _____ 69	EMOLLIENT LOTION-MISC _____ 52
EASYMAX 15 LEVEL 2-3 CONTROL LIQD _____ 69	eletriptan hydrobromide _____ 76	EMPLICITI _____ 30
EASYMAX CONTROL NORMAL/HIGH LIQD _____ 69	ELIDEL (Use pimecrolimus) _____ 53	emtricitabine CAPS _____ 38
EBASE CONTROLLER KIT MISC .74	ELIGARD KIT SC 7.5 MG _____ 31	emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate _____ 38
econazole nitrate CREA _____ 49	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____ 31	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200 MG-300 MG _____ 38
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC (Use aspirin) _____ 6	ELIMITE CREA (Use permethrin) .54	EMTRIVA CAPS (Use emtricitabine) . 38
ECOTRIN TBEC (Use aspirin) _____ 6	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPK _____ 12	EMTRIVA SOLN _____ 38
ED BRON GP LIQD _____ 47	ELIQUIS TABS _____ 12	EMVERM CHEW _____ 9
edaravone SOLN _____ 85	ELLA _____ 44	enalapril maleate & hydrochlorothiazide _____ 26
EDURANT _____ 38	ELLENCE SOLN _____ 32	enalapril maleate TABS _____ 25
efavirenz CAPS 200 MG _____ 38	ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT _____ 55	ENDARI (Use glutamine (sickle cell)) 64
efavirenz CAPS 50 MG _____ 38	ELOCTATE _____ 63	ENFAMIL ENFALYTE SOLN _____ 78
efavirenz TABS _____ 38	EMBECTA AUTOSHIELD DUO ____ 72	ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON SOLN 11 MG/ML _____ 83
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate _____ 38	EMBECTA PEN NEEDLE NANO .72	ENERGIX-B SUSP 20 MCG/ML ____ 97
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate _____ 38	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN _____ 72	ENERGIX-B SUSY _____ 97
EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl) _____ 17	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE _____ 72	ENHERTU _____ 30
EFFEXOR XR CP24 37.5 MG (Use venlafaxine hcl) _____ 17	EMBRACE PEN NEEDLES _____ 72	ENJAYMO _____ 63
EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl) _____ 17	EMBRACE PRO GLUCOSE CONTROL LIQD _____ 69	enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML _____ 12
EFFIENT (Use prasugrel hcl) ____ 64	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST STRP _____ 55	enoxaparin sodium SOSY _____ 12
	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP _____ 56	ENSPRYNG _____ 79
		ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG,

26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (Use sacubitril-valsartan) _____	42	erlotinib hcl _____	31	63	
EPICORD SHEE _____	55	ertapenem sodium IJ _____	27	ESTRACE CREA (Use estradiol vaginal) _____	99
EPIDIOLEX _____	13	ERYPED 200 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	67	ESTRACE TABS (Use estradiol) _	60
EPIFOAM FOAM _____	52	ERYPED 400 SUSR (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	67	estradiol & norethindrone acetate TABS _____	60
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ 0.15 MG/0.15ML _____	100	erythromycin (acne aid) GEL ____	48	estradiol PTTW _____	60
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .100	100	erythromycin (acne aid) SOLN ____	48	estradiol PTWK _____	60
epinephrine hcl (nasal) _____	85	erythromycin (ophth) _____	87	estradiol TABS _____	60
EPIPEN 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) ____	100	ERYTHROMYCIN _____	87	estradiol vaginal CREA _____	99
EPIPEN JR 2-PAK SOAJ (Use epinephrine (anaphylaxis)) ____	100	erythromycin base CPEP _____	67	estradiol vaginal TABS _____	99
EPIVIR SOLN (Use lamivudine) __	38	erythromycin base TABS _____	67	ESTROFACTORS TABS _____	81
EPIVIR TABS 150 MG (Use lamivudine) _____	38	erythromycin base TBEC _____	67	estrogens, conjugated TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG _____	60
EPIVIR TABS 300 MG (Use lamivudine) _____	38	erythromycin ethylsuccinate SUSR . 67		ethambutol hcl TABS _____	29
epoprostenol sodium _____	42	erythromycin ethylsuccinate TABS 67		ethosuximide CAPS _____	15
EPZICOM (Use abacavir sulfate- lamivudine) _____	38	erythromycin stearate TABS 250 MG . 68		ethosuximide SOLN _____	15
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN _____	81	ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML _____	36	ethynodiol diacet & eth estrad ____	44
EQUALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	78	ESBRIET CAPS (Use pirfenidone) 94		etodolac CAPS _____	4
ERBITUX _____	31	ESBRIET TABS (Use pirfenidone) .94		etodolac TABS _____	4
ergocalciferol CAPS _____	100	escitalopram oxalate TABS 10 MG . 16		etonogestrel-ethinyl estradiol ____	44
ergocalciferol SOLN PO 200 MCG/ML _____	100	escitalopram oxalate TABS 20 MG . 16		etoposide CAPS _____	34
ergotamine w/ caffeine TABS ____	76	escitalopram oxalate TABS 5 MG .16		etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML _____	35
eribulin mesylate _____	34	ESGIC TABS (Use butalbital- acetaminophen-caffeine) _____	5	etravirine 100 MG _____	38
ERIVEDGE _____	31	esomeprazole magnesium CPDR 20 MG _____	96	etravirine 200 MG _____	38
ERLEADA 60 MG _____	31	ESPEROCT 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT .		EUFLEXXA SOSY _____	84
				EULEXIN _____	31
				EVAC POWD (Use psyllium) ____	66
				EVENITY _____	58
				everolimus TABS _____	32

everolimus TBSO _____	32	famotidine SUSR _____	95	FERRETT'S TABS _____	65
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER _____	69	famotidine TABS 10 MG _____	96	FERRIPROX SOLN _____	21
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	69	famotidine TABS 20 MG, 40 MG _	96	FERRIPROX TABS (Use deferiprone) _____	21
EVEXITHROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG, 180 MG _____	94	FARESTON (Use toremifene citrate)	31	FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 21	
EVISTA (Use raloxifene hcl) ____	58	FARXIGA (Use dapagliflozin propanediol) _____	20	ferrous fumarate TABS _____	65
EVKEEZA _____	23	FASTEP COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____	56	ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn- mg-mn-cu TABS _____	64
EVOMELA IV _____	29	FEIBA _____	63	FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG _____	65
EVRYSDI _____	85	felbamate SUSP _____	14	ferrous sulfate SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML _____	65
EXELON 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (Use rivastigmine) ____	92	felbamate TABS _____	14	ferrous sulfate SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML _____	65
exemestane _____	31	FELBATOL SUSP (Use felbamate) 14		ferrous sulfate TABS 325 MG, 65 MG, 325 MG _____	65
exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML .19		FELBATOL TABS (Use felbamate) 14		FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____	65
exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML _	19	FELDENE CAPS (Use piroxicam) _	4	ferrous sulfate TBEC _____	65
EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan) _____	26	felodipine _____	42	fesoterodine fumarate _____	96
EXFORGE HCT (Use amlodipine- valsartan-hydrochlorothiazide) ____	26	FEMARA (Use letrozole) _____	31	FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____	5
EXJADE TBSO (Use deferasirox) .21		fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG _____	24	fexofenadine hcl TABS 180 MG ____	23
EXKIVITY _____	31	fenofibrate micronized 67 MG ____	24	fexofenadine hcl TABS 60 MG ____	23
EXONDYS 51 _____	85	fenofibrate TABS 160 MG ____	24	FIBRYGA _____	63
EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC . 74		fenofibrate TABS 54 MG ____	24	FILTER AIR PP MISC _____	74
EXSERVAN FILM _____	85	FENOGLIDE TABS (Use fenofibrate) 24		finasteride _____	62
EYLEA HD SOLN _____	87	fenoprolfen calcium CAPS 400 MG .4		fingolimod hcl _____	93
EYLEA SOLN _____	87	FENSOLVI (6 MONTH) SC ____	59	FINTEPLA _____	13
EYLEA SOSY _____	87	fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____	6	FIORICET/CODEINE 30 MG-40 MG- 50 MG-300 MG (Use butalbital- acetaminophen-caffeine w/ codeine) 7	
ezetimibe _____	24	FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____	65		
ezetimibe-simvastatin _____	24				
famciclovir _____	40				

FIRAZYR SOSY (Use icatibant acetate)_____ 63	FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG 82	FLUMIST QUADRIVALENT _____ 98
FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl) _____ 27	FLOTREX CHEW 0.5 MG _____ 82	flunisolide (nasal) _____ 85
FLAVOR BLEND SUSP _____ 91	FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa)_____ 11	fluocinolone acetone (otic)_____ 89
FLAVOR PLUS LIQD _____ 91	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT _____ 56	fluocinolone acetone OIL _____ 52
FLAVOR SWEET SYRP _____ 91	FLUAD _____ 97	fluocinonide CREA 0.05 % _____ 52
FLAVOR SWEET-SF SYRP _____ 91	FLUAD QUADRIVALENT _____ 97	fluocinonide emulsified base _____ 52
flavoxate hcl _____ 97	FLUARIX QUADRIVALENT SUSY 97	fluocinonide GEL _____ 52
FLEBOGAMMA DIF SOLN _____ 90	FLUARIX SUSY _____ 97	fluocinonide OINT _____ 52
flecainide acetate _____ 10	FLUBLOK QUADRIVALENT _____ 97	fluocinonide SOLN _____ 52
FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____ 66	FLUBLOK SOSY _____ 97	fluorometholone (ophth) SUSP ____ 88
FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____ 66	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____ 98	fluorouracil (topical) CREA 0.5 % . 50
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____ 74	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____ 98	fluorouracil (topical) CREA 5 % ____ 50
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____ 74	FLUCELVAX SUSP _____ 98	fluorouracil (topical) SOLN _____ 50
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____ 74	FLUCELVAX SUSY _____ 98	fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG 16
FLOLAN (Use epoprostenol sodium) _____ 42	fluconazole SUSR _____ 22	fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____ 16
FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____ 84	fluconazole TABS 100 MG, 200 MG .. 22	fluoxetine hcl SOLN _____ 16
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) 84	fluconazole TABS 150 MG _____ 22	fluoxetine hcl TABS 10 MG _____ 16
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____ 82	fluconazole TABS 50 MG _____ 22	fluoxetine hcl TABS 20 MG _____ 16
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG _____ 82	fludarabine phosphate SOLN ____ 29	fluphenazine decanoate _____ 37
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN ____ 82	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN 29	fluphenazine hcl TABS _____ 37
FLORIVA PLUS SOLN _____ 82	fludarabine phosphate SOLR ____ 29	flurazepam hcl _____ 65
	fludrocortisone acetate TABS 45	flurbiprofen sodium _____ 89
	FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY 98	flurbiprofen TABS _____ 4
	FLULAVAL SUSY _____ 98	fluticasone furoate (inhalation) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT _____ 11
	FLUMIST _____ 98	fluticasone propionate (inhalation) AEPB _____ 11
		fluticasone propionate (nasal) SUSP 85
		fluticasone propionate CREA 0.05 %

52	UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900	FREESTYLE CONTROL SOLUTION
fluticasone propionate hfa 110	UNT/1.08ML _____ 58	LIQD _____ 70
MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____ 11	FOLOTYN _____ 29	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
fluticasone propionate hfa 44	fondaparinux sodium _____ 12	READER _____ 70
MCG/ACT _____ 11	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
fluticasone propionate OINT _____ 52	MONIT KIT _____ 69	SENSOR _____ 70
fluticasone-salmeterol AEPB 100	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS
MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250	TEST STRP _____ 56	SENSOR _____ 70
MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500	FONDCIRCLE ELECTRONIC PEAK	FREESTYLE LIBRE 2 READER . 70
MCG/ACT-50 MCG/ACT _____ 12	FLO _____ 74	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR _ 70
fluvoxamine maleate TABS 100 MG .	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS
16	STRP _____ 56	SENSOR _____ 70
fluvoxamine maleate TABS 25 MG,	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST	FREESTYLE LIBRE 3 READER . 70
50 MG _____ 16	 56	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR . 70
FLUZONE HIGH-DOSE	FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6	FREESTYLE LIBRE READER ____ 70
QUADRIVALENT _____ 98	CON _____ 56	FREESTYLE LITE KIT _____ 70
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY ____ 98	FORA TN'G ADVANCE PRO STRP .	FT ELECTROLYTE SOLN _____ 78
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP .	56	FT GLUCOSE CHEW 4 GM _____ 19
98	FORFIVO XL TB24 (Use bupropion	FT SALINE NASAL SPRAY SOLN 84
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY .	hcl) _____ 16	FULL KIT NEBULIZER SET MISC .74
98	formaldehyde SOLN 10 % _____ 37	furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10
FLUZONE SUSP _____ 98	FORTEO SOPN (Use teriparatide) 58	MG/ML _____ 57
FLUZONE SUSY _____ 98	FORTISCARE G1 TEST STRIP	furosemide TABS _____ 57
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE	STRP _____ 56	FUZEON SOLR _____ 38
MISC _____ 74	FOSAMAX TABS 70 MG (Use	FYARRO _____ 32
FML LIQUIFILM SUSP (Use	alendronate sodium) _____ 58	gabapentin CAPS _____ 13
fluorometholone (ophth)) _____ 88	fosamprenavir calcium TABS ____ 38	gabapentin SOLN _____ 13
FOCALIN TABS (Use	fosinopril sodium &	gabapentin TABS 600 MG _____ 13
dexmethylphenidate hcl) _____ 1	hydrochlorothiazide _____ 26	gabapentin TABS 800 MG _____ 13
FOLAWISE TABS _____ 81	fosinopril sodium _____ 25	GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) .
FOLCYTEINE TABS _____ 81	FOTIVDA _____ 32	84
folic acid TABS 1 MG _____ 64	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML,	GABLOFEN SOLN IT 10000
folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG .	95000 UNIT/3.8ML _____ 12	MCG/20ML, 40000 MCG/20ML __ 84
64	FRAGMIN SOSY _____ 12	
FOLLISTIM AQ SC 300		

GALAFOLD _____	59	gentamicin sulfate (ophth) SOLN _	87	GLUCOSE CHEW _____	19
galantamine hydrobromide CP24 .	92	gentamicin sulfate (topical) CREA .	49	GLUCOSE CONTROL SOLN____	70
galantamine hydrobromide SOLN .	92	gentamicin sulfate (topical) OINT .	49	GLUCOTROL XL TB24 (Use glipizide) _____	21
galantamine hydrobromide TABS .	92	GENVISC 850 SOSY _____	84	GLUMETZA TB24 (Use metformin hcl) _____	18
GAMASTAN IM _____	90	GENVOYA _____	38	glutamine (sickle cell) _____	64
GAMIFANT _____	79	GEODON (Use ziprasidone hcl) _	36	glyburide micronized 1.5 MG, 3 MG, 6 MG _____	21
GAMMAGARD _____	90	GERI-TUSSIN SYRP _____	48	glyburide TABS _____	21
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	90	GILENYA (Use fingolimod hcl) __	93	glyburide-metformin _____	18
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	90	GILOTRIF _____	31	GLYCERIN (ADULT) SUPP (Use glycerin (laxative)) _____	66
GAMMAPLEX SOLN _____	90	GIMOTI SOLN NA _____	61	glycerin (laxative) SUPP 2 GM ____	66
GAMUNEX-C _____	90	ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG _____	2	glycine diluent _____	91
GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	58	GLASSIA SOLN _____	94	glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG ..	95
ganirelix acetate _____	58	glatiramer acetate SOSY _____	93	GLYNASE 3 MG (Use glyburide micronized) _____	21
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML ____	98	GLEEVEC TABS (Use imatinib mesylate) _____	32	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW LIQD _____	70
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML ____	98	glimepiride 1 MG, 2 MG _____	20	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW SOLN _____	70
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML	61	glimepiride 4 MG _____	20	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP _____	56
GATTEX _____	62	glipizide TABS _____	20	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 ____	78
GAUZE SPONGES _____	68	glipizide TB24 _____	20	GNP GLUCOSE CHEW _____	19
GAVRETO _____	32	glipizide-metformin hcl _____	18	GNP PEN NEEDLES _____	72
GAZYVA _____	30	GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (Use glucagon) _____	19	GOCOVRI CP24 _____	35
gefitinib _____	31	glucagon SOLR IJ 1 MG _____	19	GOJJI BLOOD KETONE TEST ____	56
GEL-ONE _____	84	GLUCO TO GO CHEW _____	19		
GELSYN-3 SOSY _____	84	GLUCOCARD 01 CONTROL LIQD 70			
gemfibrozil TABS _____	24	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLN _____	70		
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN _____	70		
GENICIN VITA-Q TABS _____	81	GLUCOSE 6 MG-4 GM _____	19		

GOLYTELY SOLR (Use peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	66	haloperidol decanoate) _____	36	homatropine hbr _____	87
GONAL-F RFF REDIJECT SOPN _____	58	haloperidol decanoate _____	36	HULIO (2 PEN) AJKT _____	3
GONAL-F SOLR IJ 450 UNIT _____	58	haloperidol lactate CONC _____	36	HULIO (2 SYRINGE) PSKT _____	3
GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN _____	78	haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____	36	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	20
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT _____	56	haloperidol TABS 20 MG _____	36	HUMALOG SOLN IJ _____	20
GRAPE SYRUP SYRP _____	91	HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML _____	98	HUMATE-P SOLR _____	63
griseofulvin microsize SUSP _____	22	HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS _____	64	HUMATROPE CART IJ _____	58
griseofulvin microsize TABS _____	22	HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____	63	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN _____	20
griseofulvin ultramicrosize _____	22	HEMOFIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT _____	63	HUMULIN 70/30 SUSP _____	20
guaifenesin LIQD _____	48	HEMORRHOIDAL 0.25 %-85.5 %-3 % _____	8	HUMULIN N KWIKPEN SUPN _____	20
guaifenesin TB12 1200 MG _____	48	HEPAGAM B SOLN IJ _____	90	HUMULIN N SUSP _____	20
guaifenesin TB12 600 MG _____	48	heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	12	HUMULIN R SOLN IJ _____	20
guaifenesin-codeine SOLN _____	47	heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML _____	12	HYALGAN SOLN _____	84
guaifenesin-codeine SYRP _____	47	HEPLISAV-B SOSY _____	98	HYALGAN SOSY _____	84
guanfacine hcl (adhd) _____	1	HERCEPTIN 150 MG _____	31	HYCANTIN CAPS _____	35
guanfacine hcl _____	25	HERCEPTIN HYLECTA _____	32	HYCANTIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	35
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR . 70		HIBERIX SOLR IJ _____	97	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	46
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED _____	70	HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	37	hydralazine hcl TABS _____	27
GYNAZOLE-1 _____	99	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	81	HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN _____	78
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ _____	3	HIZENTRA SOLN _____	90	HYDRALYTE SOLN _____	78
HADLIMA SOSY _____	3	HIZENTRA SOSY _____	90	HYDREA (Use hydroxyurea) _____	34
HAEGARDA SOLR SC _____	63			hydrochlorothiazide CAPS _____	57
HALAVEN (Use eribulin mesylate) 35				hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG _____	57
HALCION 0.25 MG (Use triazolam) 65				hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN _____	46
HALDOL DECANOATE (Use				hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217	

MG/10ML-5 MG/10ML, 325	hydroxychloroquine sulfate 200 MG .	ibandronate sodium SOLN _____	58		
MG/15ML-7.5 MG/15ML _____	7 28	IBRANCE CAPS _____	32		
hydrocodone-acetaminophen SOLN	hydroxyurea _____	34	IBRANCE TABS _____	32	
325 MG/15ML-10 MG/15ML _____	7	hydroxyzine hcl SYRP _____	9	ibuprofen CHEW _____	4
hydrocodone-acetaminophen TABS	hydroxyzine hcl TABS _____	9	ibuprofen lysine _____	4	
325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325	hydroxyzine pamoate CAPS _____	9	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200		
MG-7.5 MG _____	7	HYMOVIS _____	84	MG/10ML _____	4
HYDROCORT LOTION COMPLETE	hyoscyamine sulfate ELIX _____	95	ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50		
KIT THPK _____	52	HYOSCYAMINE SULFATE POWD .		MG/1.25ML _____	4
hydrocortisone (intrarectal) _____	8	95	ibuprofen TABS 200 MG _____	4	
hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____	8	hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125		ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG,	
hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % _____	8	MG/ML _____	95	800 MG _____	4
hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % .		hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG		icatibant acetate SOSY _____	63
52		95		ICLUSIG _____	33
hydrocortisone (topical) CREA 1 % .		hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG		IDELVION _____	63
52		95		IDHIFA _____	33
hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % .		hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG .		IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____	42
52		95		IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST	
hydrocortisone (topical) LOTN 1 % .		hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG		STR STRP _____	56
52		95		IHEALTH CONTROL SOLUTION	
hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % .		HYPERHEP B SOLN IM _____	90	LIQD _____	70
52		HYPERRHO MINI-DOSE SOSY IM		IHEALTH COVID-19 RAPID TEST	
hydrocortisone (topical) OINT 1 %,		250 UNIT _____	90	KIT _____	56
2.5 %52		HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT	90	ILARIS SOLN _____	4
hydrocortisone butyrate SOLN _____	52	HYQVIA _____	90	ILUVIEN _____	88
HYDROCORTISONE COMPLETE		HYRIMOZ SOAJ _____	3	imatinib mesylate TABS _____	33
KIT THPK _____	52	HYRIMOZ SOSY _____	3	IMBRUVICA CAPS _____	33
hydrocortisone TABS _____	45	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER		IMBRUVICA TABS _____	33
hydrocortisone vaginal _____	99	SOAJ _____	3	IMFINZI _____	30
hydrocortisone w/acetic acid _____	89	HYRONAN KIT _____	84	imipramine hcl TABS _____	18
HYDROMORPHONE HCL SUPP _____	6	HY-VEE GLUCOSE _____	19	imiquimod 5 % _____	53
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4		HYZAAR (Use losartan potassium &		IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT	
MG _____	6	hydrochlorothiazide) _____	26		
hydromorphone hcl TABS 8 MG _____	6				

(Use sumatriptan) _____	76	INLYTA _____	30	I POL IJ _____	98
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML _____	76	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____	74	ipratropium bromide (nasal) 0.03 % . 84	
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	76	INQOVI _____	32	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % . 84	
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____	76	INREBIC _____	33	ipratropium bromide SOLN 0.02 % 10	
IMLYGIC _____	35	INSTALAX POWD 17 GM/SCOOP . 66		ipratropium-albuterol SOLN _____	12
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____	21	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 20		irbesartan _____	25
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____	21	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 20		irbesartan-hydrochlorothiazide ____	26
IMOVAX RABIES SUSR _____	98	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN _____	20	IRESSA (Use gefitinib) _____	31
IMURAN TABS (Use azathioprine) 79		INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	20	irinotecan hcl _____	35
IN TOUCH GLUCOSE CONTROL SOLN _____	70	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN _____	20	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW . 65	
INCRELEX _____	59	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	20	IRON TABS 28 MG _____	65
INCRUSE ELLIPTA _____	10	INSULIN SYRINGES _____	72	ISENTRESS CHEW 100 MG ____	38
indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG . 57		INSULIN SYRINGES-MISC ____	72	ISENTRESS CHEW 25 MG ____	38
INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____	41	INSUPEN PEN NEEDLES ____	72	ISENTRESS HD TABS _____	38
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	INSUPEN32G EXTR3ME _____	72	ISENTRESS PACK _____	38
INDOCIN SUSP (Use indomethacin) . 4		INTELENCE 100 MG (Use etravirine)	38	ISENTRESS TABS _____	38
indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4		INTELENCE 200 MG (Use etravirine)	38	isoniazid SYRP _____	29
INDOMETHACIN SODIUM _____	4	INTELENCE 25 MG _____	38	isoniazid TABS _____	29
indomethacin SUPP _____	4	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____	9
indomethacin SUSP _____	4	INTUNIV (Use guanfacine hcl (adhd)) _____	1	isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	9
INFANRIX _____	95	INVEGA HAFYERA _____	36	isosorbide mononitrate TABS ____	9
INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____	4	INVEGA SUSTENNA _____	36	ISOSORBIDE MONONITRATE TABs _____	9
		INVEGA TRINZA _____	36	isosorbide mononitrate TB24 ____	9
				isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	49
				ISTODAX SOLR (Use romidepsin) 33	

ISTURISA 1 MG, 5 MG _____	57	KANJINTI 420 MG _____	31	KETOSTIX STRP _____	56
ITCH RELIEF CREA _____	50	KANUMA _____	59	ketotifen fumarate (ophth) 0.035 %	89
itraconazole CAPS _____	22	KAPVAY TB12 (Use clonidine hcl (adhd)) _____	1	KEVEYIS (Use dichlorphenamide)	57
IXEMPRA KIT _____	35	KAZANO (Use alogliptin-metformin hcl) _____	18	KEY-E CHEW _____	100
IXIARO _____	98	KCENTRA _____	63	KEYTRUDA _____	30
IXINITY SOLR _____	63	KEMOPLAT SOLN _____	29	KHAPZORY 175 MG _____	34
JADENU SPRINKLE PACK (Use deferasirox) _____	21	KEPIVANCE 5.16 MG _____	34	KIMMTRAK _____	30
JADENU TABS (Use deferasirox) .	21	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE PREMAX SOLN ____	78
JAKAFI _____	33	KEPPRA TABS 1000 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINDERLYTE SOLN _____	78
JEMPERLI _____	30	KEPPRA TABS 250 MG, 750 MG (Use levetiracetam) _____	13	KINRIX SUSY _____	95
JEVTANA _____	35	KEPPRA TABS 500 MG (Use levetiracetam) _____	13	KISQALI (200 MG DOSE) _____	33
JIVI _____	63	KEPPRA XR TB24 (Use levetiracetam) _____	13	KISQALI (400 MG DOSE) _____	33
JULUCA _____	38	KERALYT GEL (Use salicylic acid) 53		KISQALI (600 MG DOSE) _____	33
JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	24	KERALYT GEL _____	53	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	32
JYNARQUE TABS 15 MG, 30 MG (Use tolvaptan) _____	60	ketconazole (topical) CREA ____	49	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	32
JYNARQUE TBPK 15 MG (Use tolvaptan) _____	60	ketconazole (topical) SHAM 2 % .	49	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	32
JYNNEOS _____	98	KETONE TEST STRP _____	56	KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) NEBU 300 MG/5ML (Use tobramycin) _____	2
KADCYLA _____	30	ketorolac tromethamine (ophth) 0.4 %89		KLARON (Use sulfacetamide sodium (acne)) _____	49
KALBITOR _____	64	ketorolac tromethamine (ophth) 0.5 %89		KLONOPIN TABS (Use clonazepam)	13
KALETRA SOLN _____	38	ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML _____	4	KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ (Use potassium chloride) _____	78
KALETRA TABS 25 MG-100 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML _____	4	KLOR-CON TBCR 8 MEQ (Use potassium chloride) _____	78
KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38	ketorolac tromethamine TABS ____	4	KOATE SOLR _____	63
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	94			KOATE-DVI SOLR 500 UNIT, 1000	
KALYDECO PACK 5.8 MG ____	94				
KALYDECO TABS _____	94				

UNIT _____	63	13	LATANOPROST SOLN _____	89	
KOGENATE FS KIT _____	63	LAMICTAL TABS (Use lamotrigine)	LATUDA (Use lurasidone hcl) ____	36	
KOKO PEAK PRO MOUTHPIECE		13	leflunomide _____	5	
MISC _____	74	LAMICTAL XR TB24 (Use lamotrigine) _____	13	lenalidomide _____	79
KOMBIGLYZE XR (Use saxagliptin-metformin hcl) _____	18	LAMISIL AT ATHLETES FOOT CREA (Use terbinafine hcl (topical))	49	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	.30
KOSELUGO _____	33	LAMISIL AT CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	49	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	.30
KOVALTRY _____	63	LAMISIL AT JOCK ITCH CREA (Use terbinafine hcl (topical)) _____	49	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	.30
K-PHOS-NEUTRAL (Use pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic) _	78	lamivudine SOLN _____	38	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	.30
KRINTAFEL _____	28	lamivudine TABS 150 MG _____	38	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	.30
KROGER GLUCOSE _____	19	lamivudine TABS 300 MG _____	38	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	.30
KROGER HEALTHPRO CONTROL HI/LO LIQD _____	70	lamivudine-zidovudine _____	38	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	.30
KRYSTEXXA _____	63	lamotrigine CHEW _____	13	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	.30
K-TAB TBCR 20 MEQ (Use potassium chloride) _____	78	lamotrigine TABS _____	13	LEQVIO _____	24
KUVAN PACK (Use sapropterin dihydrochloride) _____	59	lamotrigine TB24 _____	13	LETAIRIS (Use ambrisentan) ____	43
KUVAN TABS (Use sapropterin dihydrochloride) _____	59	LANCETS-MISC _____	70	letrozole _____	31
KYPROLIS _____	33	LANCING DEVICE-MISC _____	70	leucovorin calcium TABS _____	34
labetalol hcl TABS 100 MG _____	41	lanolin (topical) CREA _____	53	LEUKERAN _____	29
labetalol hcl TABS 200 MG, 400 MG .	41	LANOLIN XX _____	92	LEUKINE SOLR IJ _____	64
labetalol hcl TABS 300 MG _____	41	LANOLOR CREA _____	53	leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML	
lactic acid (ammonium lactate) CREA		LANOXIN SOLN IJ (Use digoxin) .	42		31
.....	53	LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use digoxin) _____	42	LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE _____	31
lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12 % _____	53	lansoprazole CPDR 15 MG _____	96	levalbuterol tartrate _____	12
lactulose (encephalopathy) _____	62	lansoprazole CPDR 30 MG _____	96	LEVBIID TB12 (Use hyoscyamine sulfate) _____	95
lactulose SOLN _____	66	lapatinib ditosylate _____	33	levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML _____	14
LAMICTAL CHEW (Use lamotrigine) .		LASIX TABS (Use furosemide) ____	57	levetiracetam TABS 1000 MG ____	14
		latanoprost SOLN _____	89	levetiracetam TABS 250 MG, 750 MG _____	14
				levetiracetam TABS 500 MG _____	14
				levetiracetam TB24	14

levobunolol hcl 0.5 % _____	86	LICEMD GEL _____	54	lithium carbonate TBCR _____	35
levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN PO 1 GM/10ML _____	59	lidocaine CREA 4 % _____	53	LITHOBID TBCR (Use lithium carbonate) _____	36
levocarnitine (metabolic modifiers) TABS _____	59	lidocaine hcl (mouth-throat) 2 %__	80	LITTLE REMEDIES SALINE SOLN . 84	
levocetirizine dihydrochloride TABS . 23		lidocaine hcl CREA 3 % _____	53	LIVMARLI _____	61
levofloxacin TABS _____	61	lidocaine hcl CREA 4 % _____	53	LIVTENCITY _____	40
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML _____	34	lidocaine hcl GEL 2 % _____	53	LMX 4 CREA (Use lidocaine) ____	53
levoleucovorin calcium SOLR ____	34	lidocaine OINT 5 % _____	53	LODINE TABS (Use etodolac) ____	4
levonorgestrel & eth estradiol TABS . 44		lidocaine-prilocaine CREA _____	53	LODOSYN (Use carbidopa) _____	35
levonorgestrel (emergency oc) 1.5 MG _____	44	LIORESAL SOLN IT (Use baclofen) . 84		LOHIST-D LIQD _____	47
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) _____	44	LIORESAL SOLN IT _____	84	LOMOTIL TABS (Use diphenoxylate w/ atropine) _____	21
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day) 0.03 MG-0.15 MG _____	44	liothyronine sodium TABS _____	95	LONSURF _____	32
levothyroxine sodium TABS _____	95	LIPITOR TABS (Use atorvastatin calcium) _____	24	loperamide hcl CAPS _____	21
LEVULAN KERASTICK SOLR ____	50	liraglutide _____	19	loperamide hcl TABS _____	21
LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate) _____	17	lisdexamfetamine dimesylate CAPS 1		LOPID TABS (Use gemfibrozil) ____	24
LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate) _____	17	lisdexamfetamine dimesylate CHEW . 1		lopinavir-ritonavir SOLN _____	38
LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate) _____	17	lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG ____	26	lopinavir-ritonavir TABS 25 MG-100 MG _____	38
LEXIVA SUSP _____	38	lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____	26	lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____	39
LEXIVA TABS (Use fosamprenavir calcium) _____	38	lisinopril TABS 2.5 MG _____	25	LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41
LIALDA TBEC (Use mesalamine) .	62	lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG _____	25	LOPRESSOR TABS 50 MG (Use metoprolol tartrate) _____	41
LIBERTY GLUCOSE CONTROL MID SOLN _____	70	LITETOUCH MASK LARGE MISC .	74	LOQTORZI _____	30
LIBTAYO _____	30	LITETOUCH MASK MEDIUM MISC . 74		loratadine & pseudoephedrine TB12 . 47	
		LITETOUCH MASK SMALL MISC .	74	loratadine & pseudoephedrine TB24 . 47	
		lithium _____	35	loratadine SOLN _____	23
		lithium carbonate CAPS _____	35	loratadine TABS _____	23
		lithium carbonate TABS _____	35		

loratadine TBP 10 MG _____	23	METER _____	74	maraviroc TABS 150 MG _____	39
lorazepam TABS _____	10	LUPKYNIS _____	79	maraviroc TABS 300 MG _____	39
LORBRENA _____	33	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .	59	MARGENZA _____	31
losartan potassium & hydrochlorothiazide _____	26	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .	59	MASK VORTEX/CHILD/FROG ____	74
losartan potassium _____	25	lurasidone hcl _____	36	MASK VORTEX/TODDLER/LADYBUG ____	74
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____	25	LURBIPR TABS 100 MG (Use flurbiprofen) _____	4	MATULANE _____	34
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____	25	LURBIRO TABS 100 MG (Use flurbiprofen) _____	4	MAVYRET PACK _____	40
LOTENSIN HCT 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG, 25 MG-20 MG (Use benazepril & hydrochlorothiazide) .	26	LUXTURNA _____	88	MAVYRET TABS _____	40
LOTREL 10 MG-5 MG, 20 MG-10 MG, 20 MG-5 MG, 40 MG-10 MG (Use amlodipine besylate-benazepril hcl) _____	26	LYNPARZA TABS _____	33	MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	77
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	49	LYSODREN _____	31	MAXALT-MLT TBP 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	77
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	49	MACI _____	83	MAXITROL OINT (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88
lovastatin TABS 10 MG, 20 MG ____	24	MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____	28	MAXITROL SUSP (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88
lovastatin TABS 40 MG _____	24	MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) _	28	MAXI-TUSS PE LIQD _____	47
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____	12	magnesium citrate 1.745 GM/30ML	66	MAXI-TUSS PE MAX LIQD ____	47
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____	12	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS _____	78	MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	57
loxapine succinate _____	36	magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	66	MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	57
lubiprostone _____	61	magnesium oxide (mg supplement) TABS _____	78	meclizine hcl CHEW _____	22
LUCENTIS SOSY _____	87	MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS _____	78	meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG	22
LUMAKRAS _____	33	magnesium oxide TABS 400 MG ____	9	MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR LIQD _____	70
LUMAVEX CAPS _____	81	MAGOX 400 TABS (Use magnesium oxide (mg supplement)) _____	78	MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD _____	70
LUMIZYME _____	59	malathion _____	54	MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____	45
LUNG PERFORM PEAK FLOW				MEDROL TBP (Use methylprednisolone) _____	45

medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	45	mercaptapurine TABS _____	29	GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML _____	30
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	45	mesalamine CP24 _____	62	methotrexate sodium TABS 2.5 MG 30	
medroxyprogesterone acetate 2.5 MG, 5 MG, 10 MG _____	92	mesalamine CPDR _____	62	methyldopa TABS _____	25
mefloquine hcl _____	28	mesalamine ENEM _____	62	methylergonovine maleate TABS .	89
megestrol acetate SUSP _____	31	mesalamine TBEC _____	62	METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	1
megestrol acetate TABS _____	31	mesna SOLN _____	34	METHYLIN SOLN 5 MG/5ML (Use methylphenidate hcl) _____	1
MEIJER GLUCOSE _____	19	mesna TABS _____	34	methylphenidate hcl CPCR _____	1
MEKINIST TABS _____	33	MESNEX SOLN (Use mesna) _____	34	methylphenidate hcl SOLN 10 MG/5ML _____	2
MEKTOVI _____	33	MESNEX TABS _____	34	methylphenidate hcl SOLN 5 MG/5ML _____	2
MELATONIN SUBL _____	2	MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide) _____	28	methylphenidate hcl TABS 10 MG, 20 MG _____	2
melatonin TABS 3 MG, 5 MG _____	2	MESTINON TBCR (Use pyridostigmine bromide) _____	28	methylphenidate hcl TABS 5 MG _____	2
melatonin TBDP 3 MG _____	2	METADATE CD CPCR (Use methylphenidate hcl) _____	1	methylphenidate hcl TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
meloxicam TABS _____	4	METAMUCIL FREE & NATURAL POWD (Use psyllium) _____	66	methylphenidate hcl TB24 36 MG _____	2
melphalan _____	29	metformin hcl TABS 500 MG _____	18	methylphenidate hcl TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG _____	2
melphalan hcl IV _____	29	metformin hcl TABS 850 MG, 1000 MG _____	18	methylphenidate hcl TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG _____	2
memantine hcl SOLN _____	92	metformin hcl TB24 500 MG _____	18	methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG _____	45
memantine hcl TABS _____	92	metformin hcl TB24 750 MG _____	19	methylprednisolone TBPk _____	45
MENACTRA _____	97	methadone hcl TABS 10 MG _____	6	methytestosterone TABS _____	8
MENOPUR SC _____	58	methadone hcl TABS 5 MG _____	6	metoclopramide hcl SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML _____	61
MENQUADFI 0.5 ML _____	97	methazolamide TABS _____	57	metoclopramide hcl TABS _____	61
MENVEO SOLN _____	97	methenamine mandelate _____	28	metolazone _____	57
MENVEO SOLR _____	97	methenamine-hyosc-methylene blue- sod phos-phenyl sal TABS 81.6 MG . 27		metoprolol & hydrochlorothiazide	
meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML _____	6	methimazole TABS _____	94		
meperidine hcl TABS 50 MG _____	6	methocarbamol TABS 500 MG, 750 MG _____	84		
meprobamate _____	9	methotrexate sodium SOLN 1			
MEPSEVII _____	59				
mercaptapurine SUSP 2000 MG/100ML _____	29				

TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG 26	miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____ 99	FENESTRAT+ _____ 55
metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG _____ 26	miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____ 99	mirtazapine TABS 15 MG _____ 15
metoprolol succinate TB24 200 MG 41	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____ 90	mirtazapine TABS 30 MG _____ 15
metoprolol succinate TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG _____ 41	MICRODOT CONTROL HIGH/LOW SOLN _____ 70	mirtazapine TABS 7.5 MG, 45 MG 15
metoprolol tartrate TABS 100 MG .41	MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW 74	mirtazapine TBDP 15 MG _____ 15
metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG _____ 41	midazolam hcl SOLN IJ _____ 65	mirtazapine TBDP 30 MG _____ 15
METROCREAM CREA (Use metronidazole (topical)) _____ 54	MIDAZOLAM HCL SOLN IJ _____ 65	mirtazapine TBDP 45 MG _____ 15
metronidazole (topical) CREA ____ 54	midodrine hcl _____ 100	misoprostol _____ 96
metronidazole (topical) GEL 0.75 % 54	miglustat _____ 64	mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML _____ 32
metronidazole (topical) LOTN _____ 54	MIGRANAL SOLN NA (Use dihydroergotamine mesylate) _____ 76	MM BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT _____ 70
metronidazole TABS 250 MG, 500 MG _____ 27	MINCORA TABS _____ 81	MM BLULINK GLUCOSE TEST STRP _____ 56
metronidazole vaginal _____ 99	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER74	M-M-R II SOLR _____ 98
metirosine _____ 25	MINIELITE FILTER	MNEXSPIKE SUSY 10 MCG/0.2ML ... 98
mexiletine hcl _____ 10	REPLACEMENTS MISC _____ 74	MODERNA COVID-19 BIVALENT 98
MIACALCIN IJ (Use calcitonin (salmon)) _____ 58	MINIMED INSTINCT GLUC SENSOR _____ 70	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSP _____ 98
MICARDIS (Use telmisartan) _____ 25	MINIPRESS CAPS (Use prazosin hcl) _____ 25	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y SUSY _____ 98
MICARDIS HCT (Use telmisartan- hydrochlorothiazide) _____ 26	MINIVELLE PTTW (Use estradiol) 60	MODERNA COVID-19 VACCINE SUSP _____ 98
MICATIN CREA (Use miconazole nitrate (topical)) _____ 50	minocycline hcl CAPS _____ 94	MOI-STIR SOLN _____ 81
MICONAZOLE 7 SUPP 100 MG _ 99	minoxidil 10 MG _____ 27	molindone hcl _____ 37
miconazole nitrate (topical) CREA .50	minoxidil 2.5 MG _____ 27	mometasone furoate CREA _____ 52
miconazole nitrate vaginal CREA 2 %99	MIRALAX POWD (Use polyethylene glycol 3350) _____ 66	mometasone furoate OINT _____ 52
miconazole nitrate vaginal KIT99	MIRODERM BIO MATRIX FENESTRAT _____ 55	mometasone furoate SOLN _____ 52
	MIRODERM BIO MATRIX	MONISTAT 3 COMBINATION PACK KIT (Use miconazole nitrate vaginal) 99

MONISTAT 3 CREA _____	99	pseudoephedrine-guaifenesin)____	47	MVASI _____	30
MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _	99	MUCINEX DM TB12 (Use dextromethorphan-guaifenesin) __	47	MX-SOL BLEND SF SUSP _____	91
MONISTAT CARE INSTANT ITCH RLF 1 % _____	99	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use guaifenesin) _____	48	MX-SOL BLEND SUSP _____	91
MONJUVI _____	30	MUCINEX TB12 (Use guaifenesin) 48		MX-SOL SF SYRP _____	91
MONOVISC _____	84	MULTI VITAMIN TABS _____	82	MX-SOL SUSPEND SUSP _____	91
montelukast sodium CHEW _____	10	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS ____	81	MX-SOL SYRP _____	91
montelukast sodium PACK _____	11	multiple vitamin TABS _____	82	MYALEPT _____	59
montelukast sodium TABS _____	11	multiple vitamins w/ iron TABS ____	81	MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	29
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____	81	MYCOBUTIN (Use rifabutin) ____	29
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	mycophenolate mofetil CAPS ____	79
morphine sulfate SUPP _____	6	MULTIVITAMIN ADULT TABS ____	82	mycophenolate mofetil SUSR ____	79
morphine sulfate TABS _____	6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	83	mycophenolate mofetil TABS ____	79
morphine sulfate TBCR _____	6	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	83	mycophenolate sodium _____	79
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN _____	83	MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	87
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen) _____	5	MULTIVITAMIN TABS _____	82	MYFORTIC (Use mycophenolate sodium) _____	79
MOUTH KOTE REMINT SOLN ____	81	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLN _____	71
MOUTH KOTE SOLN _____	81	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG _____	82	MYLERAN TABS _____	29
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	87	MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN 82		MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____	61
MOZOBIL (Use plerixafor) _____	65	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82	MYSOLINE (Use primidone) ____	14
MS CONTIN TBCR 15 MG (Use morphine sulfate) _____	6	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG .	82	NABI-HB SOLN IM _____	90
MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (Use morphine sulfate) _____	7	mupirocin calcium (topical) _____	49	nabumetone _____	5
MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) .	47	mupirocin OINT _____	49	nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	41
MUCINEX D TB12 (Use				NAGLAZYME _____	59
				NALFON CAPS (Use fenoprofen calcium) _____	5
				naloxone hcl LIQD _____	21

naloxone hcl SOCT _____	21	MISC _____	74	MS (Use neomycin-polymyxin w/ pramoxine) _____	49
naloxone hcl SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML _____	21	NEBULIZER MASK ADULT MISC _____	74	NERLYNX _____	33
naloxone hcl SOSY 2 MG/2ML _____	21	NEBULIZER MASK ADULT/TUBING MISC _____	74	NESINA (Use alogliptin benzoate) 19	
naltrexone hcl _____	21	NEBULIZER MASK CHILD MISC _____	74	NEURONTIN CAPS (Use gabapentin) _____	14
NAMENDA TABS (Use memantine hcl) _____	92	NEBULIZER MASK PED/TUBING MISC _____	74	NEURONTIN SOLN (Use gabapentin) _____	14
NAMENDA TITRATION PAK TABS (Use memantine hcl) _____	92	nefazodone hcl _____	17	NEURONTIN TABS 600 MG (Use gabapentin) _____	14
naphazoline w/ pheniramine 0.315 %-0.027 % _____	88	NEOMULTIVITE TABS _____	82	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	14
NAPROSYN SUSP (Use naproxen) _____	5	neomycin sulfate TABS _____	2	NEURONTIN TABS 800 MG (Use gabapentin) _____	14
NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____	5	neomycin-bacitracin zn-polymyxin _____	87	NEUTEK 2TEK CONTROL SOLN _____	71
naproxen sodium TABS 220 MG _____	5	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT _____	49	nevirapine SUSP _____	39
naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	5	neomycin-polymy-dexameth OINT _____	88	nevirapine TABS _____	39
naproxen SUSP _____	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 % _____	88	nevirapine TB24 400 MG _____	39
naproxen TABS _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine _____	49	NEWVITE TABS _____	82
naratriptan hcl _____	77	neomycin-polymyxin-gramicidin _____	87	NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) ... 33	
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) _____	21	neomycin-polymyxin-hc (ophth) _____	88	NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NARDIL (Use phenelzine sulfate) _____	16	neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN _____	89	NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) _____	85	neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP _____	89	NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal)) _____	84	NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) _____	5	NEXVIAZYME _____	59
nateglinide _____	20	NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	79	niacin (antihyperlipidemic) TABS _____	24
NATROBA (Use spinosad) _____	54	NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	79	niacin (antihyperlipidemic) TBCR _____	24
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD _____	66	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) _____	49	niacin CPCR 250 MG, 500 MG _____	100
NAYZILAM _____	13	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF _____		NIACIN ER CPCR _____	100
NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS _____				NIACIN ER TBCR _____	100
				niacin TABS 500 MG _____	100

niacin TBCR _____	100	nitroglycerin CPCR _____	9	phosphate) _____	10
nicardipine hcl CAPS _____	42	nitroglycerin PT24 _____	9	NORPACE CR CP12 150 MG ____	10
NICODERM CQ PT24 TD (Use nicotine) _____	93	nitroglycerin SUBL _____	9	NORPRAMIN TABS 10 MG (Use desipramine hcl) _____	18
NICORETTE GUM (Use nicotine polacrilex) _____	93	NITROSTAT SUBL (Use nitroglycerin) _____	9	NORPRAMIN TABS 25 MG (Use desipramine hcl) _____	18
NICORETTE LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	93	NITYR TABS _____	59	NORTHERA (Use droxidopa) ____	100
NICORETTE MINI LOZG (Use nicotine polacrilex) _____	93	NIVA THYROID TABS _____	95	nortriptyline hcl CAPS _____	18
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use nicotine polacrilex) _____	93	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	54	nortriptyline hcl SOLN _____	18
NICOTINE KIT _____	93	NIZORAL SHAM _____	50	NORVASC TABS (Use amlodipine besylate) _____	42
nicotine polacrilex GUM _____	93	NORDITROPIN FLEXPLO SOPN .58		NORVIR CAPS _____	39
nicotine polacrilex LOZG _____	93	norelgestromin-ethinyl estradiol __	44	NORVIR TABS (Use ritonavir) ____	39
nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR _____	93	norethin acet & estrad-fe TABS 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	44	NOSE CLIP MISC _____	74
NICOTROL INHA _____	94	norethindrone & eth estradiol ____	44	NOVA MAX PLUS GLU/KET CONTROL LIQD _____	71
NICOTROL NS SOLN _____	93	norethindrone & ethinyl estradiol-fe 44		NOVA MAX PLUS KETONE TEST 56	
nifedipine CAPS _____	42	norethindrone (contraceptive) ____	45	NOVACHOR _____	55
nifedipine TB24 30 MG, 90 MG ____	42	norethindrone acet & eth estra TABS 44		NOVAREL IM _____	58
nifedipine TB24 60 MG _____	42	norethindrone acetate TABS _____	92	NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSP _____	98
nilotinib hcl 50 MG, 150 MG, 200 MG	33	norethindrone acetate-ethinyl estradiol _____	60	NOVAVAX COVID-19 VACCINE SUSY _____	98
NINLARO _____	33	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe _____	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUPN _____	20
nitisinone CAPS _____	59	norethindrone-eth estradiol (triphasic)	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUPN 20	
NITRO-BID OINT _____	9	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) _____	44	NOVOLIN 70/30 RELION SUSP _	20
NITRO-DUR PT24 (Use nitroglycerin)	9	norgestimate-ethinyl estradiol ____	44	NOVOLIN 70/30 SUSP _____	20
nitrofurantoin _____	28	norgestrel & ethinyl estradiol 30 MCG-0.3 MG _____	44	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN _____	20
nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG _____	28	NORPACE CAPS (Use disopyramide		NOVOLIN N FLEXPEN SUPN ____	20
nitrofurantoin monohyd macro ____	28			NOVOLIN N RELION SUSP _____	20

NOVOLIN N SUSP _____	20	OCALIVA _____	61	omeprazole CPDR _____	96
NOVOLIN R RELION SOLN IJ ____	20	OCTAGAM SOLN _____	90	omeprazole magnesium TBEC ____	96
NOVOLIN R SOLN IJ _____	20	octreotide acetate KIT _____	60	OMNICAP TABS _____	82
NOVOSEVEN RT _____	63	octreotide acetate SOLN _____	60	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____	56
NP THYROID TABS _____	95	OCUFLOX (Use ofloxacin (ophth)) 87		ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT _____	56
NUBEQA _____	31	ODEFSEY _____	39	ONCASPAR _____	34
NULIBRY _____	59	ODOMZO _____	31	ondansetron hcl SOLN PO 4 MG/5ML _____	22
NULOJIX _____	79	OFF DEEP WOODS AERO _____	54	ondansetron hcl TABS 24 MG ____	22
NUMOISYN LIQD _____	81	OFF DEEP WOODS DRY AERO _____	54	ondansetron hcl TABS 4 MG, 8 MG 22	
NUPLAZID CAPS _____	36	ofloxacin (ophth) _____	87	ondansetron TBDP 16 MG _____	22
NUPLAZID TABS 10 MG _____	36	ofloxacin (otic) _____	89	ondansetron TBDP 4 MG, 8 MG ____	22
NUVARING (Use etonogestrel- ethinyl estradiol) _____	44	ofloxacin 400 MG _____	61	ONE DAILY ESSENTIAL TABS ____	82
NUVAXOVID COVID-19 VACCINE SUSY 5 MCG/0.5ML _____	98	OGIVRI _____	31	ONE DAILY ESSENTIALS TABS .	82
NUWIQ KIT _____	63	OHC COVID-19 ANTIGEN SELF TEST KIT _____	56	ONE FLOW TESTER MISC _____	74
NUWIQ SOLR _____	63	olanzapine TABS 15 MG, 20 MG _	36	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS _____	82
NYSTATIN (Use nystatin (mouth- throat)) _____	80	olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG _	36	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (Use multiple vitamin) _____	82
nystatin (mouth-throat) _____	80	olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG .	36	ONE-A-DAY MENS TABS (Use multiple vitamin) _____	82
nystatin (topical) CREA _____	50	olmesartan medoxomil _____	25	ONETOUCH ULTRA 2 KIT _____	71
nystatin (topical) OINT _____	50	olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide _____	26	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRP _____	56
nystatin (topical) POWD EX _____	50	olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide _____	27	ONETOUCH ULTRA CONTROL LIQD _____	71
nystatin TABS _____	22	OMBRA COMPRESSOR AIR FILTERS MISC _____	74	ONETOUCH ULTRA STRP _____	56
nystatin-triamcinolone CREA ____	50	omega-3 fatty acids CAPS 1000 MG, 1200 MG _____	86	ONETOUCH ULTRA TEST STRP	56
nystatin-triamcinolone OINT _____	50	omega-3 fatty acids CPDR 1200 MG 86		ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT _____	71
NYVEPRIA _____	64	OMEPRAZOLE _____	44		
OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED _____	55	OMEPRAZOLE 20MG TABLET ____	96		
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED _____	55				
OBIZUR _____	63				

ONETOUCH VERIO LIQD _____	71	91		Oxaydo Tabs 5 MG _____	7
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT		ORENITRAM TBCR _____	42	oxazepam CAPS _____	10
71		ORFADIN CAPS (Use nitisinone) .	59	OXBRYTA TABS 500 MG _____	64
ONETOUCH VERIO STRP _____	56	ORFADIN SUSP _____	59	OXBRYTA TBSO _____	64
ONE-WAY VALVED EXPIRATORY		ORKAMBI PACK _____	94	oxcarbazepine SUSP _____	14
MISC _____	74	ORKAMBI TABS _____	94	oxcarbazepine TABS _____	14
ONE-WAY VALVED INSPIRATORY		ORLADEYO _____	64	OXLUMO _____	62
MISC _____	74	orphenadrine citrate TB12 _____	84	oxybutynin chloride TABS _____	97
ONGLYZA (Use saxagliptin hcl) _	19	ORTHOVISC _____	84	oxybutynin chloride TB24 _____	97
ONPATTRO _____	94	oseltamivir phosphate CAPS 30 MG .		oxycodone hcl CAPS _____	7
ONUREG TABS _____	30	40		oxycodone hcl CONC 100 MG/5ML	7
OPCON-A (Use naphazoline w/		oseltamivir phosphate CAPS 45 MG,		oxycodone hcl SOLN _____	7
pheniramine) _____	88	75 MG _____	40		
OPDIVO _____	30	oseltamivir phosphate SUSP _____	40	oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG,	
OPDUALAG _____	32			40 MG, 80 MG _____	7
OPILL _____	45	OSENI 15 MG-25 MG, 30 MG-12.5		oxycodone hcl TABS 30 MG _____	7
ORA-BLEND SF SUSP _____	91	MG, 30 MG-25 MG, 45 MG-25 MG		oxycodone hcl TABS 5 MG, 10 MG,	
ORA-BLEND SUSP _____	91	(Use alogliptin-pioglitazone) _____	18	15 MG, 20 MG _____	7
oral electrolytes SOLN _____	78	OSTEOCONDUCTIVE MATRIX		oxycodone w/ acetaminophen SOLN	
ORAL MIX SF SUSP _____	91	PLUS IJ 2 ML, 5 ML, 10 ML _____	55	7	
ORAL MIX SUSP _____	91	OTEZLA TABS _____	5	oxycodone w/ acetaminophen TABS	
ORAL RELIEF SPRAY SOLN ____	81	OTEZLA TBPk _____	5	325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325	
ORAL SUSPEND LIQD _____	91	OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5		MG-7.5 MG _____	7
ORAL SYRUP SF SYRP _____	91	MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5		OXYCONTIN T12A _____	7
ORAL SYRUP SYRP _____	91	MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5		oyster shell _____	77
ORAPENN SD ANHYD		MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	
SWEETENED LIQD _____	91	OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML _	62	500 MG-200 UNIT _____	77
ORAPENN SD ANHYD		OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90		OZURDEX IMPL _____	88
UNSWEETEN LIQD _____	91	MG/ML _____	50	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	
ORA-PLUS LIQD _____	91	OVACE PLUS WASH LIQD (Use		PART _____	35
ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	91	sulfacetamide sodium) _____	51	paclitaxel protein-bound particles .	35
ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %		OVACE WASH LIQD (Use		PADCEV _____	30
		sulfacetamide sodium) _____	51	PALYNZIQ _____	59
		OVIDE (Use malathion) _____	54		
		OVIDREL SOSY _____	58		

PAMELOR CAPS (Use nortriptyline hcl) _____	18	paricalcitol SOLN _____	59	PCCA-PLUS SUSP _____	91
pamidronate disodium SOLN 30 MG/10ML, 90 MG/10ML _____	58	PARLODEL CAPS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK A-I-R FLOW METER _____	75
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN .	58	PARLODEL TABS (Use bromocriptine mesylate) _____	35	PEAK AIR PEAK FLOW METER .	75
PANDA MASK LARGE _____	74	PARNATE (Use tranylcypromine sulfate) _____	16	PEAK FLOW METER UNIVERSAL RANG _____	75
PANDA MASK MEDIUM _____	74	paroxetine hcl SUSP _____	17	PED DISPOSABLE MISC _____	75
PANDA MASK SMALL _____	74	paroxetine hcl TABS 10 MG _____	17	ped multivitamins w/fl & iron SOLN	82
PANHEMATIN 350 MG _____	64	paroxetine hcl TABS 20 MG _____	17	PEDIACARE CHILDRENS LONG-ACT LIQD 7.5 MG/5ML _____	46
pantoprazole sodium TBEC 20 MG .	96	paroxetine hcl TABS 30 MG, 40 MG .	17	PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN (Use oral electrolytes) _____	78
pantoprazole sodium TBEC 40 MG .	96	paroxetine hcl TB24 _____	17	PEDIALYTE FREEZER POPS SOLN (Use oral electrolytes) _____	78
PANZYGA _____	90	PARSABIV _____	59	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLN _____	78
PARI ALTERA NEBULIZER HANDSET MISC _____	75	PARVA-CAL 200 UNIT-500 MG__	77	PEDIALYTE SINGLES SOLN (Use oral electrolytes) _____	78
PARI BABY CONVERSION KIT MISC _____	75	PAXIL CR TB24 (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIALYTE SOLN (Use oral electrolytes) _____	78
PARI BUBBLES PEDIATRIC MASK MISC _____	75	PAXIL SUSP (Use paroxetine hcl) .	17	PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate) _	45
PARI ERAPID NEBULIZER HANDSET MISC _____	75	PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIARIX SUSY _____	95
PARI EXPIRATORY FILTER SET DEVI _____	75	PAXIL TABS 20 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIATRIC MOUTHPIECE MISC	75
PARI MASK SET MISC _____	75	PAXIL TABS 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl) _____	17	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	82
PARI SMARTMASK BABY/ELBOW MISC _____	75	PAXLOVID (150/100) _____	39	pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82
PARI SOFT PLASTIC ADULT MASK MISC _____	75	PAXLOVID (300/100) _____	39	pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG _____	82
PARI SOFT PLASTIC PED MASK MISC _____	75	pazopanib hcl _____	33	pediatric multivitamins w/fl SOLN .	83
PARI VORTEX ADULT MASK ____	75	PC PEDIATRIC POLY-VITA/FE DROP SOLN _____	83	PEDIATRIC PANDA MASK _____	75
PARI VORTEX PEDIATRIC MASK .	75	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	83	pediatric vitamins acd w/ fluoride SOLN _____	83
		PCCA SWEET-SF SYRP _____	91		
		PCCA SYRUP VEHICLE SYRP__	91		

PEDVAX HIB SUSP _____	97	oxycodone w/ acetaminophen) _____	8	PHENYLEPHRINE HCL SOLN (Use phenylephrine hcl (mydriatic)) _____	87
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate SOLR _____	66	PERCOCET TABS 325 MG-2.5 MG (Use oxycodone w/ acetaminophen) .	7	phenylephrine-chlorphen-dm LIQD 10 MG/5ML-4 MG/5ML-15 MG/5ML	47
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride _____	66	PERIDEX (Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)) _____	80	phenylephrine-dm LIQD 2.5 MG/5ML-5 MG/5ML _____	47
PEGASYS SOLN _____	40	PERJETA _____	31	phenylephrine-dm SOLN _____	47
PEG-PREP _____	66	permethrin CREA _____	54	phenytoin CHEW _____	15
PEMAZYRE _____	33	permethrin LIQD EX _____	54	phenytoin sodium extended 100 MG .	15
PEMETREXED 500 MG/20ML _____	30	perphenazine TABS _____	37	phenytoin sodium SOLN _____	15
pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30	perphenazine-amitriptyline _____	93	phenytoin SUSP _____	15
PEMFEXY _____	30	PERSERIS PRSY _____	36	PHESGO _____	32
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP _____	72	PERSONAL BEST FULL RANGE .	75	PHOTOFRIN _____	34
PEN NEEDLES _____	72	PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT .	98	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT _____	88
PENBRAYA _____	97	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP _____	98	PHYRAGO 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG _____	33
penicillamine TABS _____	79	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP _____	98	phytonadione TABS 5 MG _____	100
penicillin v potassium SOLR _____	90	PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP _____	98	PIFELTRO _____	39
penicillin v potassium TABS _____	90	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP _____	98	PIKO 1 _____	75
PENTACEL _____	95	PFLEX MISC _____	75	PILLOW MASK/ADULT MISC _____	75
pentoxifylline _____	64	PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC _____	75	PILLOW MASK/CHILD MISC _____	75
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____	96	phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG _____	62	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	75
PEPCID AC TABS (Use famotidine) .	96	phenelzine sulfate _____	16	pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	81
PEPCID TABS (Use famotidine) _____	96	phenobarbital ELIX _____	65	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % ...	87
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	phenobarbital TABS _____	65	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	56
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate) _____	21	phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %	87	pimecrolimus _____	53
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	phenylephrine hcl (oral) TABS _____	85	PIN RID CHEW _____	9
PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use				pindolol TABS _____	41

prednisone TABS _____	45	PREVYMIS SOLN _____	40	PROFILNINE _____	63
prednisone TBPk _____	45	PREVYMIS TABS _____	40	progesterone CAPS 100 MG ____	92
PREGNYL IM _____	58	PREZCOBIX _____	39	progesterone CAPS 200 MG ____	92
PREHEVBRIO _____	98	PREZISTA SUSP _____	39	PROGRAF CAPS (Use tacrolimus)	79
PREMARIN _____	99	PREZISTA TABS 150 MG _____	39	PROGRAF PACK _____	79
PREMARIN TABS 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (Use estrogens, conjugated) _____	61	PREZISTA TABS 600 MG (Use darunavir) _____	39	PROLASTIN-C SOLN _____	94
PREMPHASE _____	60	PREZISTA TABS 75 MG _____	39	PROLASTIN-C SOLR _____	94
PREMPRO _____	60	PREZISTA TABS 800 MG (Use darunavir) _____	39	PROLEUKIN _____	34
PRENATAL VITAMINS-MISC ____	83	PRIALT _____	6	PROLIA SOSY _____	58
PREPARATION H EX 1 % _____	8	PRILOSEC OTC TBEC (Use omeprazole magnesium) _____	96	promethazine & phenylephrine SYRP	47
PREPARATION H SOOTHING RELIEF EX 1 % _____	8	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (Use primaquine phosphate) ____	28	PROMETHAZINE HCL POWD ____	44
PREVACID 24HR CPDR (Use lansoprazole) _____	96	primaquine phosphate TABS ____	28	promethazine hcl SOLN PO 6.25 MG/5ML, 12.5 MG/10ML ____	23
PREVACID CPDR 30 MG (Use lansoprazole) _____	96	primidone _____	14	promethazine hcl SUPP _____	23
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRIORIX SUSR _____	98	promethazine hcl TABS _____	23
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (Use sodium fluoride (dental)) 80		PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate) ____	17	promethazine w/codeine SOLN ____	47
PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) ____	80	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate) ____	17	promethazine-dm SYRP _____	47
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PRIVIGEN SOLN _____	90	promethazine-phenylephrine-codeine	47
PREVIDENT 5000 PLUS CREA (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	PROAIR RESPICLICK AEPB ____	12	PROMETRIUM CAPS 100 MG (Use progesterone) _____	92
PREVIDENT GEL (Use sodium fluoride (dental)) _____	80	probenecid _____	63	PROMETRIUM CAPS 200 MG (Use progesterone) _____	92
PREVNAR 13 _____	97	PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine) _____	42	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	75
PREVNAR 20 _____	97	PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use nifedipine) _____	42	propafenone hcl TABS	10
		prochlorperazine _____	37	propranolol hcl CP24	41
		prochlorperazine maleate TABS ____	37	propranolol hcl SOLN PO 20 MG/5ML, 40 MG/5ML _____	41
		PROCYSBI CPDR _____	62	propranolol hcl TABS _____	41
		PROCYSBI PACK _____	62	propylthiouracil _____	94

PROQUAD SUSP _____	98	PULMOZYME _____	94	QC CALCIUM 500MG-D3 TABS _	77
PROSCAR (Use finasteride) ____	62	PURAPLY _____	55	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____	47
PROTEXT SUSP _____	55	PURE COMFORT FLOW METER ADULT _____	75	QINLOCK _____	33
PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURE COMFORT FLOW METER CHILD _____	75	QUADRACEL SUSP _____	95
PROTONIX TBEC 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURE COMFORT PEAK FLOW MISC _____	75	QUADRACEL SUSY _____	95
PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	72	QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light) _____	24
PROVERA 5 MG, 10 MG (Use medroxyprogesterone acetate) ____	92	PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (Use mercaptopurine) _____	30	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____	24
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____	17	pyrantel pamoate SUSP _____	9	QUESTRAN POWD (Use cholestyramine) _____	24
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____	17	pyrazinamide _____	29	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____	36
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML 47		pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____	54	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____	36
pseudoephedrine hcl TABS _____	85	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	54	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____	36
pseudoephedrine hcl TB12 _____	85	pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %- 0.5 % _____	54	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	83
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .47		PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	62	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____	83
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____	47	pyridostigmine bromide TABS 60 MG _____	28	QUFLORA PEDIATRIC SOLN ____	83
pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG _____	47	pyridostigmine bromide TBCR _____	29	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT _____	71
pseudoephedrine-ibuprofen TABS 47		pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	100	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	56
psyllium CAPS 0.52 GM _____	66	pyrimethamine _____	28	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE _____	72
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 58.6 %, 100 % _____	66	PYRUKYND TABS _____	64	QUICKTEK CONTROL SOLUTION LIQD _____	71
psyllium POWD 43 % _____	66	PYRUKYND TAPER PACK TBPk .64		QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT _____	56
PTS PANELS EGLU TEST STRP .56		PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	50	quinapril hcl _____	25
PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____	11	PYZCHIVA SC 45 MG/0.5ML _____	50	quinapril-hydrochlorothiazide 12.5	

MG-10 MG _____ 27	REBIF TITRATION PACK SOSY _ 93	TABS _____ 2
quinapril-hydrochlorothiazide 12.5	REBINYN _____ 63	RENTHYROID TABS 15 MG, 30 MG,
MG-20 MG _____ 27	RECLAST SOLN (Use zoledronic	60 MG, 90 MG, 120 MG _____ 95
quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-	acid) _____ 58	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM
20 MG _____ 27	RECOMBINATE SOLR _____ 63	SOCT _____ 24
quinidine gluconate TBCR _____ 10	RECOMBIVAX HB SUSP _____ 98	REPATHA SOSY _____ 25
quinidine sulfate TABS _____ 10	RECOMBIVAX HB SUSY _____ 98	REPATHA SURECLICK SOAJ ____ 25
QUINTABS TABS _____ 82	RECORLEV _____ 57	REPEL SPORTSMEN MAX LOTN 54
QUINTET CONTROL	REFUAH PLUS GLUCOSE	REPLACEMENT AIR FILTER MISC .
HIGH/NORMAL SOLN _____ 71	CONTROL SOLN _____ 71	75
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT .11	REGLAN TABS (Use	REPLACEMENT FILTERS MISC . 75
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT .11	metoclopramide hcl) _____ 61	RESTORIL 15 MG, 30 MG (Use
RA GLUCOSE _____ 19	RELCARE TABS _____ 82	temazepam) _____ 66
RABAVERT _____ 98	RELENZA DISKHALER _____ 40	RETACRIT _____ 64
RADICAVA ORS STARTER KIT	RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54	RETEVMO CAPS _____ 33
SUSP _____ 85	MG _____ 2	RETHYMIC _____ 79
RADICAVA ORS SUSP _____ 85	RELEXXII TBCR 36 MG _____ 2	RETIN-A CREA (Use tretinoin) ____ 49
RADICAVA SOLN (Use edaravone)	RELION GLUCOSE _____ 19	RETIN-A GEL 0.01 % (Use tretinoin)
85	RELION GLUCOSE TEST STRIPS	49
raloxifene hcl _____ 58	STRP _____ 56	RETIN-A GEL 0.025 % (Use
ramipril CAPS _____ 25	RELION KETONE TEST STRP ____ 56	tretinoin) _____ 49
RAPAMUNE SOLN (Use sirolimus)	RELPAH (Use eletriptan	RETISERT _____ 88
80	hydrobromide) _____ 77	RETROVIR CAPS (Use zidovudine) ...
RAPAMUNE TABS (Use sirolimus)	REMERON SOLTAB TBDP 15 MG	39
80	(Use mirtazapine) _____ 15	RETROVIR SYRP (Use zidovudine) ...
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10	REMERON SOLTAB TBDP 30 MG	39
MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15	(Use mirtazapine) _____ 15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-
MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20	REMERON SOLTAB TBDP 45 MG	LRG MISC _____ 75
MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25	(Use mirtazapine) _____ 15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-
MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML _____ 3	REMERON TABS 15 MG (Use	MED MISC _____ 75
REBIF REBIDOSE SOAJ _____ 93	mirtazapine) _____ 15	REUSABLE COMFORTSEAL MASK-
REBIF REBIDOSE TITRATION	REMERON TABS 30 MG (Use	SML MISC _____ 75
PACK SOAJ _____ 93	mirtazapine) _____ 15	REVATIO SOLN (Use sildenafil
REBIF SOSY _____ 93	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF	citrate (pulmonary hypertension)) 43

REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) . 43	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____ 36	ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____ 35
REVATIO TABS (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) . 43	RISPERDAL SOLN (Use risperidone) 36	ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____ 35
REVCIVI _____ 59	RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone) 36	rosuvastatin calcium TABS _____ 24
REVLIMID _____ 79	risperidone microspheres _____ 36	ROTARIX SUSP _____ 98
REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 39	risperidone SOLN _____ 36	ROTATEQ SOLN _____ 98
REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____ 39	risperidone TABS _____ 36	ROUGH PIGWEED _____ 2
REYATAZ PACK _____ 39	risperidone TBDP _____ 36	ROXICODONE TABS 15 MG (Use oxycodone hcl) _____ 7
REZUROCK _____ 79	RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____ 2	ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl) _____ 7
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____ 90	RITALIN TABS 5 MG (Use methylphenidate hcl) _____ 2	ROZLYTREK CAPS _____ 33
RHOPHYLAC SOSY IJ _____ 90	ritonavir TABS _____ 39	RUBRACA _____ 33
RIABNI _____ 30	RITUXAN _____ 30	RUCONEST _____ 64
RIASTAP _____ 63	RITUXAN HYCELA _____ 32	rufinamide SUSP _____ 14
ribavirin (hepatitis c) CAPS _____ 40	rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____ 92	rufinamide TABS _____ 14
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG 40	rivastigmine tartrate CAPS _____ 92	RUKOBIA _____ 39
riboflavin TABS _____ 100	RIXUBIS SOLR _____ 63	RUXIENCE _____ 30
rifabutin _____ 29	rizatriptan benzoate TABS _____ 77	RYDAPT _____ 33
rifampin CAPS _____ 29	rizatriptan benzoate TBDP _____ 77	RYLAZE _____ 34
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP _____ 56	ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate) 95	RYPLAZIM _____ 64
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP _____ 56	ROBINUL-FORTE TABS (Use glycopyrrolate) _____ 95	SABRIL PACK (Use vigabatrin) ____ 14
RILUTEK TABS (Use riluzole) ____ 85	ROCALTROL CAPS (Use calcitriol) 59	SABRIL TABS (Use vigabatrin) ____ 14
riluzole TABS _____ 85	roflumilast _____ 11	sacubitril-valsartan TABS _____ 42
risedronate sodium TABS 35 MG . 58	ROMIDEPSIN SOLN _____ 33	SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral)) _____ 81
risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG _____ 58	romidepsin SOLR _____ 33	SALICYLIC ACID GEL 3 % _____ 53
risedronate sodium TBEC _____ 58		salicylic acid GEL 6 % _____ 53
		SALINE NASAL SPRAY 0.65% ____ 84
		salsalate _____ 6
		SAMI THE SEAL FILTERS MISC . 76

SAMSCA TABS (Use tolvaptan)___	60	selegiline hcl TABS_____	35	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37
SANDIMMUNE CAPS (Use cyclosporine)_____	80	selenium sulfide LOTN 1 % _____	51	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____	36
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML . 80		selenium sulfide LOTN 2.5 %_____	51	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG 58	
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate) _____	60	selenium sulfide SHAM 1 %_____	51	sertraline hcl CONC _____	17
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	60	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide) .	51	sertraline hcl TABS 100 MG _____	17
SAPHNELO _____	80	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)_____	51	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG 17	
sapropterin dihydrochloride PACK	59	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SEVENFACT _____	63
sapropterin dihydrochloride TABS	59	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SFROWASA ENEM _____	62
SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	50	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	2
SAVELLA TABS _____	93	SELZENTRY SOLN _____	39	SHINGRIX _____	98
SAVELLA TITRATION PACK MISC . 93		SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc)_____	39	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	76
SAWYER INSECT REPELLENT LOTN _____	54	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG . 39		SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC _____	76
saxagliptin hcl _____	19	SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc)_____	39	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC _____	76
saxagliptin-metformin hcl _____	18	SEMGLEE (YFGN) SOLN _____	20	SIGNIFOR _____	60
SB HEMORRHOID 0.25 %-71.9 %- 14 %-3 %	8	SEMGLEE (YFGN) SOPN _____	20	SIGNIFOR LAR _____	60
SCEMBLIX 100 MG _____	33	sennosides TABS 8.6 MG _____	67	SIKLOS TABS _____	64
SCEMBLIX 20 MG, 40 MG _____	33	sennosides-docusate sodium TABS . 66		sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN _____	43
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	54	SENOKOT S TABS (Use sennosides-docusate sodium) _____	66	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SUSR _____	43
SCOT-TUSSIN DM LIQD _____	48	SENOKOT TABS (Use sennosides) . 67		sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS _____	43
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD _____	48	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _	59	SILICONE MASK/ADULT MISC _____	76
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML . 62		SEREVENT DISKUS _____	12	SILICONE MASK/INFANT MISC _	76
SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	50	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____	36	SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC 76	
selegiline hcl CAPS _____	35				

SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____	51	SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24 _____	18	40	SOLESTA _____	79
silver sulfadiazine _____	51	SITAGLIPTIN _____	19		solifenacin succinate TABS _____	97
simethicone CHEW 80 MG _____	61	SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL TABS _____	18		SOLQUA _____	18
simethicone LIQD PO _____	61	SIVEXTRO TABS _____	28		SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE SOLN _____	83
simethicone SUSP _____	61	SLO-NIACIN TBCR (Use niacin) _____	100		SOLUVITA SOLN _____	78
SIMLANDI (1 PEN) AJKT _____	3	SM IPECAC SYRUP _____	21		SOLUVITA WITH FLUORIDE SOLN _____	83
SIMLANDI (1 SYRINGE) PSKT _____	3	SMARTEST CONTROL MEDIUM SOLN _____	71		SOMAVERT _____	58
SIMLANDI (2 PEN) AJKT _____	3	SOAANZ TABS 20 MG _____	57		SOOTHENEB NBL 100 ADULT MASK MISC _____	76
SIMLANDI (2 SYRINGE) PSKT _____	3	sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG _____	9		SOOTHENEB NBL 100 CHILD MASK MISC _____	76
SIMPLERA SENSOR _____	71	sodium chloride (gu irrigant) 0.9 % _____	62		SOOTHENEB NBL 100 MED CUP MISC _____	76
SIMPLERA SYNC SENSOR _____	71	sodium chloride (inhalant) AERS _____	48		SOOTHENEB NBL 100 MESH CAP MISC _____	76
SIMPLERA SYSTEM _____	71	sodium chloride (inhalant) NEBU 0.9 %, 3 %, 10 % _____	48		sorafenib tosylate _____	33
SIMPLYTHICK EASY MIX _____	91	sodium citrate & citric acid _____	62		SORBITOL PO 70 % _____	66
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 1 _____	91	sodium fluoride (dental) CREA _____	80		SORREL/DOCK MIX IJ _____	2
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 2 _____	91	sodium fluoride (dental) GEL _____	80		SOSWEET SYRP _____	91
SIMPLYTHICK EASYMIX LEVEL 3 _____	91	sodium fluoride (dental) PSTE DT _____	80		sotalol hcl (afib/af) _____	41
simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG _____	24	sodium fluoride CHEW _____	78		sotalol hcl TABS 240 MG _____	41
SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (Use carbidopa-levodopa) _____	35	sodium fluoride SOLN 0.5 MG/ML _____	78		sotalol hcl TABS 80 MG, 120 MG, 160 MG _____	41
SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium) _____	11	sodium phenylbutyrate POWD _____	59		SOVALDI TABS _____	40
SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium) _____	11	sodium phenylbutyrate TABS _____	59		SOVUNA 200 MG _____	28
SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium) _____	11	sodium phosphates ENEM _____	66		SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____	76
sirolimus SOLN _____	80	sodium polystyrene sulfonate POWD _____	80		SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____	76
sirolimus TABS _____	80	sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML _____	80		SPACERS AND BREATHING	
		sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate _____	66			
		SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS				

CHAMBERS-MISC _____	76	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS _____	81	sulfacetamide sodium w/ sulfur SUSP 10 %-5 % _____	49
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT _____	56	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS _____	82	sulfacetamide sod-prednisolone SOLN _____	88
SPIKEVAX 6M-11Y SUSY 25 MCG/0.25ML _____	99	STRIBILD _____	39	sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP	27
SPIKEVAX SUSP _____	99	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR _____	76	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS	27
SPIKEVAX SUSY _____	99	SUBLOCADE SOSY _____	8	sulfasalazine TABS	62
spinosad _____	54	SUBOXONE FILM SL 0.5 MG-2 MG, 1 MG-4 MG, 2 MG-8 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulfasalazine TBEC	62
SPINRAZA _____	85	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulindac TABS	5
SPIRIVA HANDIHALER CAPS IN (Use tiotropium bromide) _____	10	sucralfate SUSP _____	96	sumatriptan	77
spironolactone & hydrochlorothiazide	57	sucralfate TABS _____	96	sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____	77
spironolactone TABS	57	SUDAFED CHILDRENS LIQD ____	85	sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____	77
SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	22	SUDAFED PE CHILDRENS SOLN . 85		sumatriptan succinate TABS ____	77
SPRAVATO (56 MG DOSE) _____	16	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral)) _____	85	sunitinib malate _____	33
SPRAVATO (84 MG DOSE) _____	16	SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) .	85	SUPARTZ FX SOSY _____	84
SPRYCEL (Use dasatinib) _____	33	SUDAFED TABS (Use pseudoephedrine hcl) _____	85	SUPER BI-MIX SOLR _____	42
STAMARIL SUSR _____	99	sulfacetamide sodium (acne) ____	49	SUPER TRI-MIX SOLR _____	42
STEQEYMA _____	50	sulfacetamide sodium (ophth) OINT . 87		SUPPRELIN LA _____	59
STEQEYMA _____	62	sulfacetamide sodium (ophth) SOLN . 88		SUPREME II HIGH/LOW CONTROL LIQD _____	71
STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 . 91		SURE COMFORT PEN NEEDLES 72		SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate) _____	66
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent) . 91		SUSPENDIT ANHYDROUS SUSP 91		SURE COMFORT PEN NEEDLES 72	
STIVARGA _____	33	SUSPENDRX W/BITTERBLOC			
STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 % _____	54				
STRATTERA (Use atomoxetine hcl) . 1					
STRENSIQ _____	59				

SWEET SUSP _____	92	CAROTENE TABS _____	81	TASIGNA 50 MG, 150 MG, 200 MG (Use nilotinib hcl) _____	33
SUSPENDRX W/BITTERBLOC		TABLOID _____	30	TAVNEOS _____	64
UNSWEET SUSP _____	92	TABRECTA _____	33	tazarotene CREA _____	50
SUSPENSION VEHICLE SUSP ____	92	tacrolimus (topical) OINT 0.03 % _	53	tazarotene GEL _____	50
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN _____	87	tacrolimus (topical) OINT 0.1 % ____	53	TAZORAC CREA (Use tazarotene) 51	
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	87	tacrolimus CAPS _____	80	TAZORAC GEL (Use tazarotene) .51	
SUSVIMO OCULAR IMPLANT ____	71	tadalafil (pulmonary hypertension) TABS _____	43	TAZVERIK _____	33
SUTENT (Use sunitinib malate)____	33	TAFINLAR CAPS _____	33	TDVAX SUSP _____	95
SYLVANT _____	80	TAGAMET HB 200 TABS (Use cimetidine) _____	96	TECARTUS _____	31
SYMBICORT (Use budesonide- formoterol fumarate dihydrate) ____	12	TAGAMET HB TABS (Use cimetidine) _____	96	TECENTRIQ _____	30
SYMDEKO _____	94	TAGRISSE _____	31	TECFIDERA CDPK (Use dimethyl fumarate) _____	93
SYMFI (Use efavirenz-lamivudine- tenofovir disoproxil fumarate) ____	39	TAKHZYRO SOLN _____	64	TECFIDERA CPDR (Use dimethyl fumarate) _____	93
SYMFI LO (Use efavirenz- lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TAKHZYRO SOSY _____	64	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	72
SYNAGIS SOLN _____	90	TALTZ SOAJ _____	50	TEGLUTIK SUSP _____	85
SYNAREL _____	59	TALTZ SOSY _____	50	TEGRETOL SUSP (Use carbamazepine) _____	14
SYNOJOYNT SOSY _____	84	TALZENNA _____	33	TEGRETOL TABS (Use carbamazepine) _____	14
SYNRIBO _____	34	TAMIFLU CAPS 30 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	40	TEGRETOL-XR TB12 (Use carbamazepine) _____	14
SYNTHROID TABS (Use levothyroxine sodium) _____	95	TAMIFLU CAPS 45 MG, 75 MG (Use oseltamivir phosphate) _____	40	TEGSEDI _____	94
SYNVISC ONE SOSY _____	84	TAMIFLU SUSR (Use oseltamivir phosphate) _____	40	telmisartan _____	25
SYNVISC SOSY _____	84	tamoxifen citrate TABS _____	31	telmisartan-amlodipine _____	27
SYPRINE (Use trientine hcl) ____	79	tamsulosin hcl _____	62	telmisartan-hydrochlorothiazide ____	27
SYRPALTA SYRP _____	92	TARCEVA (Use erlotinib hcl) ____	31	temazepam 15 MG, 30 MG ____	66
SYRSPEND SF LIQD _____	92	TARGRETIN (Use bexarotene (topical)) _____	50	TEMODAR SOLR _____	29
SYRUP VEHICLE SF SYRP ____	92	TARGRETIN (Use bexarotene) ____	34	temozolomide CAPS _____	29
SYRUP VEHICLE SYRP _____	92	TARPEYO CPDR _____	45	TEMPO WELCOME KIT _____	71
TAB-A-VITE/IRON/BETA					

temsirolimus _____	33	TETRACAINE HCL 0.5 % _____	88	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU ____	95	tetracycline hcl CAPS 500 MG ____	94	TIBSOVO _____	33
tenofovir disoproxil fumarate TABS 39		tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 % 88		ticagrelor 60 MG, 90 MG _____	64
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	TEZSPIRE SOSY _____	10	TICOVAC _____	99
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	TGT GLUCOSE _____	19	TIGLUTIK SUSP _____	85
TENORMIN TABS (Use atenolol) .41		THALOMID _____	79	TIKOSYN (Use dofetilide) _____	10
TEPADINA (Use thiotepa) _____	29	THEO-24 CP24 _____	12	timolol maleate (ophth) SOLN ____	87
TEPEZZA _____	58	theophylline ELIX _____	12	timolol maleate TABS _____	41
terazosin hcl _____	25	theophylline SOLN _____	12	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	87
terbinafine hcl (topical) CREA ____	50	theophylline TB12 _____	12	TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .50	
terbinafine hcl TABS _____	22	theophylline TB24 _____	12	tioconazole vaginal 6.5 % _____	99
terbutaline sulfate TABS _____	12	THERA TABS _____	82	tiopronin TABS _____	62
terconazole vaginal CREA _____	99	THEREMS TABS _____	82	tiopronin TBEC _____	62
terconazole vaginal SUPP _____	99	thiamine hcl TABS _____	100	tiotropium bromide CAPS IN 18 MCG	10
teriflunomide _____	93	thiamine mononitrate TABS 100 MG . 101		TIVDAK _____	30
teriparatide SOPN _____	58	THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) 62		TIVICAY TABS 50 MG _____	39
TERIPARATIDE SOPN _____	58	THIOLA TABS (Use tiopronin) ____	62	tizanidine hcl TABS _____	84
TESTOPEL PLLT _____	8	thioridazine hcl _____	37	TM-DAILY VITE TABS _____	82
testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8	thiotepa _____	29	TOBI NEBU (Use tobramycin) ____	2
testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8	thiothixene _____	37	TOBI PODHALER CAPS _____	2
testosterone enanthate SOLN IM ____	8	THRESHOLD IMT MISC _____	76	TOBRADEX OINT _____	88
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD SUSP _____	95	THROMBATE III _____	64	tobramycin (ophth) SOLN _____	88
tetrabenazine _____	93	THYMOGLOBULIN _____	80	tobramycin NEBU _____	2
tetracaine hcl (ophth) _____	88	THYROGEN 0.9 MG _____	55	tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML _____	2
TETRACAINE HCL 0.5 % (Use tetracaine hcl (ophth)) _____	88	THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____	95	tobramycin sulfate SOLR _____	2
		tiagabine hcl _____	14	tobramycin-dexamethasone SUSP 88	
		TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42		

TOBREX OINT _____	88	TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate) _____	41	TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG _____	30
tolnaftate CREA _____	50	TOPROL XL TB24 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate) _____	41	triamcinolone acetonide (mouth) _____	80
tolterodine tartrate CP24 _____	97	toemifene citrate _____	31	triamcinolone acetonide (nasal) AERO _____	85
tolterodine tartrate TABS _____	97	TORISEL (Use temsirolimus) _____	33	triamcinolone acetonide (topical) CREA _____	52
tolvaptan TABS _____	60	torsemide TABS _____	57	triamcinolone acetonide (topical) LOTN _____	52
tolvaptan TBPK 15 MG _____	60	TOVIAZ (Use fesoterodine fumarate) _____	97	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.025 % _____	52
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TABS (Use bosentan) _____	43	triamcinolone acetonide (topical) OINT 0.1 %, 0.5 % _____	52
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use topiramate) _____	14	TRACLEER TBSO 32 MG (Use bosentan) _____	43	TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use dextromethorphan hbr) _____	46
TOPAMAX TABS 100 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol hcl TABS 50 MG _____	7	triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG _____	57
TOPAMAX TABS 200 MG (Use topiramate) _____	14	tramadol-acetaminophen _____	8	triamterene & hydrochlorothiazide TABS _____	57
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use topiramate) _____	14	trandolapril 1 MG, 2 MG _____	25	triazolam _____	66
TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone) _____	52	trandolapril 4 MG _____	25	TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide) _____	27
TOPICORT CREA 0.25 % (Use desoximetasone) _____	52	trandolapril-verapamil hcl _____	27	TRICOR TABS (Use fenofibrate) _____	24
TOPICORT GEL (Use desoximetasone) _____	52	tranexamic acid TABS _____	65	trientine hcl 250 MG _____	79
TOPICORT OINT 0.25 % (Use desoximetasone) _____	52	tranylcypromine sulfate _____	16	trientine hcl 500 MG _____	79
topiramate CPSP 15 MG _____	14	TRAZIMERA _____	31	TRIESENCE _____	89
topiramate CPSP 25 MG _____	14	trazodone hcl TABS 300 MG _____	17	trifluoperazine hcl TABS _____	37
topiramate TABS 100 MG _____	14	trazodone hcl TABS 50 MG, 100 MG, 150 MG _____	17	trifluridine _____	88
topiramate TABS 200 MG _____	14	TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl) _____	29	trihexyphenidyl hcl TABS _____	35
topiramate TABS 25 MG, 50 MG _____	14	tretinoin (chemotherapy) _____	34	TRIKAFTA TBPK _____	94
TOPOTECAN HCL SOLN (Use topotecan hcl) _____	35	tretinoin CREA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % _____	49	TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	14
topotecan hcl SOLN _____	35	tretinoin GEL 0.01 % _____	49	TRILEPTAL TABS (Use	
topotecan hcl SOLR _____	35	tretinoin GEL 0.025 % _____	49		
		TRETEN _____	63		

oxcarbazepine) _____	14	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____	6
TRILURON SOSY _____	84	TRUXIMA _____	30	TYMLOS _____	58
trimethoprim TABS _____	27	TRUZONE PEAK FLOW METER _____	76	TYPHIM VI SOLN _____	97
TRI-MIX SOLR _____	42	TUBING/WING TIP MISC _____	76	TYPHIM VI SOSY _____	97
TRINTELLIX _____	17	TUDORZA PRESSAIR _____	10	TYVASO REFILL KIT SOLN IN _____	42
TRIPTODUR _____	59	TUKYSA _____	31	TYVASO SOLN IN _____	43
TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____	34	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	TYVASO STARTER KIT SOLN IN _____	42
TRIUMEQ TABS _____	39	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE _____	72
TRIVISC SOSY _____	84	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC _____	76
TROGARZO _____	39	TURALIO 125 MG _____	33	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	54
tropicamide SOLN _____	87	TWINRIX SUSY _____	99	ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	54
tropium chloride TABS _____	97	TYBLUME CHEW _____	44	UNIFINE OTC PEN NEEDLES _____	72
TRUE COMFORT PEN NEEDLES _____	72	TYBOST _____	39	UNIFINE PENTIPS _____	72
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES _____	72	TYKERB (Use lapatinib ditosylate) _____	33	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE _____	72
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	72	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW (Use acetaminophen) _____	5	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE _____	72
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	56	TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) _____	65
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP _____	57	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) _____	65
TRUE MULTIVITAMIN TABS _____	82	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____	92
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 0 LIQD _____	71	TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____	92
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 1 LIQD _____	71	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNITUXIN _____	30
TRUELYTE SOLN _____	78			UPTRAVI SOLR _____	43
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW _____	19			UPTRAVI TABS _____	43
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19			UPTRAVI TITRATION TBPK _____	43
TRULICITY _____	20				
TRUMENBA 0.5 ML _____	97				

urea CREA 40 % _____	52	valsartan-hydrochlorothiazide _____	27	VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide) _____	27
urea LOTN 40 % _____	52	VALSTAR (Use valrubicin) _____	32	VASOTEC TABS (Use enalapril maleate) _____	25
URETRON D/S TABS 81.6 MG ____	27	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD ____	13	VAXCHORA _____	97
UROCIT-K 10 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	62	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML _____	13	VAXELIS SUSP _____	95
UROCIT-K 5 TBCR (Use potassium citrate (alkalinizer)) _____	62	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML _____	13	VAXELIS SUSY _____	95
URSO 250 TABS (Use ursodiol) ____	61	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD ____	13	VAXNEUVANCE _____	97
ursodiol CAPS _____	61	VALTREX 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	40	VECAMEYL _____	27
ursodiol TABS 250 MG _____	61	VALTREX 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	40	VECTIBIX 100 MG/5ML, 400 MG/20ML _____	31
USTEKINUMAB-AAUZ SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	51	VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl) _____	27	VELCADE SOLR IJ (Use bortezomib)	33
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	51	VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl) _____	27	VELETRI (Use epoprostenol sodium) _____	43
USTEKINUMAB-TTWE _____	51	vancomycin hcl CAPS 125 MG ____	27	VEMLIDY _____	40
USTEKINUMAB-TTWE _____	62	vancomycin hcl CAPS 250 MG ____	27	VENCLEXTA STARTING PACK TBPK _____	31
VABRINTY SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG _____	31	vancomycin hcl SOLR IV 1 GM ____	28	VENCLEXTA TABS _____	31
VABYSMO SOLN _____	87	VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM , 28		venlafaxine hcl CP24 150 MG ____	17
VAGIFEM TABS (Use estradiol vaginal) _____	99	vancomycin hcl SOLR IV 500 MG .27		venlafaxine hcl CP24 37.5 MG ____	18
valacyclovir hcl 1 GM _____	40	VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG _____	28	venlafaxine hcl CP24 75 MG ____	17
valacyclovir hcl 500 MG _____	40	vancomycin hcl SOLR PO 25 MG/ML, 50 MG/ML, 250 MG/5ML .28		venlafaxine hcl TABS _____	18
VALCHLOR _____	50	VANDAZOLE _____	99	venlafaxine hcl TB24 150 MG ____	18
VALCYTE TABS (Use valganciclovir hcl) _____	40	VAQTA _____	99	venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG _____	18
valganciclovir hcl TABS _____	40	VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML _____	99	VENTAVIS IN _____	43
VALIUM TABS (Use diazepam) ____	10	varenicline tartrate TABS _____	94	VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12
valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15	varenicline tartrate TBPK _____	94	verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG	42
valproic acid CAPS _____	15	VARIVAX SUSR _____	99	verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG ____	42
valrubicin _____	32				
valsartan TABS _____	25				

VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use verapamil hcl) _____	42	VIMIZIM _____	60	VITRAX TABS _____	82
verapamil hcl TABS _____	42	vincristine sulfate _____	35	VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION LIQD _____	71
verapamil hcl TBCR _____	42	VIRACEPT TABS 250 MG _____	39	VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP _____	57
VERASENS GLUCOSE CONTROL LIQD _____	71	VIRACEPT TABS 625 MG _____	39	VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) 61	
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl) . 42		VIREAD POWD _____	39	VIVIMUSTA SOLN _____	29
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____	42	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	VIVITROL _____	21
VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl) _____	42	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG _____	39	VIVOTIF _____	97
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 72		VIREXA TABS _____	82	VIZIMPRO _____	31
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE__ 72		VISCO-3 SOSY _____	84	VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) 50	
VERSAFREE SYRP _____	92	VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____	88	VONJO _____	33
VERSAPLUS SYRP _____	92	VISTARIL CAPS 25 MG (Use hydroxyzine pamoate) _____	10	VONVENDI _____	63
VERZENIO _____	33	VISTOGARD _____	21	VOQUEZNA _____	96
VESICARE TABS (Use solifenacin succinate) _____	97	VISUDYNE _____	88	VORAXAZE _____	34
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____	94	VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML . 100		VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _ 34	
VICTOZA (Use liraglutide) _____	20	vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG _____	100	VOTRIENT _____	33
VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _ 30		vitamin e CAPS 100 UNIT, 400 UNIT . 100		VYNDAMAX _____	43
vigabatrin PACK _____	14	VITAMIN E CAPS _____	100	VYNDAQEL _____	43
vigabatrin TABS _____	14	VITAMIN E CHEW _____	100	VYONDYS 53 _____	85
VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____	88	VITAMIN E/D-ALPHA CAPS 200 UNIT _____	100	YTORIN (Use ezetimibe-simvastatin) _____	24
VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) . 17		VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN . 83		VYVANSE CAPS _____	1
VIJOICE TBPk _____	80	vitamins w/ lipotropics CAPS _____	83	VYVANSE CHEW _____	1
vilazodone hcl TABS _____	17	VITRAKVI CAPS _____	33	VYVGART _____	79
VILTEPSO _____	85	VITRAKVI SOLN _____	33	VYXEOS _____	32
				WALGREENS GLUCOSE _____	19
				WALGREENS GLUCOSE CHEW . 19	
				WAL-TUSSIN CF LIQD 100	

MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .48	propanediol-metformin hcl)_____	18	ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	89
warfarin sodium TABS _____	XIPERE _____	89	zaleplon 10 MG _____	66
WELIREG _____	XOLAIR SOAJ _____	10	zaleplon 5 MG _____	66
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl) _____	XOLAIR SOLR _____	10	ZALTRAP _____	30
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl) _____	XOLAIR SOSY _____	10	ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	84
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl) _____	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____	12	ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide) _____	15
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl) _____	XOSPATA _____	34	ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____	15
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl) _____	XTANDI CAPS _____	31	ZARXIO _____	64
white petrolatum-mineral oil _____	XTANDI TABS _____	31	ZAVESCA (Use miglustat) _____	64
WILATE KIT _____	XURIDEN _____	60	ZEJULA CAPS _____	34
WINDMILL TRAINER MISC _____	XYNTHA _____	63	ZELBORAF _____	34
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML _____	XYNTHA SOLOFUSE _____	63	ZEMAIRA SOLR 1000 MG _____	94
XALATAN SOLN (Use latanoprost) 89	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (Use levocetirizine dihydrochloride) _____	23	ZEMAIRA SOLR 4000 MG _____	94
XALKORI CAPS _____	YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	44	ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 60	
XANAX TABS (Use alprazolam) _____	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	44	ZEPZELCA _____	29
XELJANZ SOLN _____	YERVOY _____	30	ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27
XELJANZ TABS _____	YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML _____	51	ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27
XELJANZ XR TB24 _____	YESINTEK SOSY _____	51	ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril) _____	25
XELODA (Use capecitabine) _____	YF-VAX SUSR _____	99	ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril) 25	
XEMBIFY _____	YONDELIS _____	29	ZETIA (Use ezetimibe) _____	24
XENAZINE (Use tetrabenazine) _____	YONSA _____	31	ZEVALIN Y-90 _____	30
XENLETA TABS _____	YUFLYMA (1 PEN) AJKT _____	4	ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate) _____	39
XERMELO _____	YUFLYMA (2 PEN) AJKT _____	4		
XIAFLEX _____	YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT _____	4		
XIGDUO XR (Use dapagliflozin	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT _____	4		
	YUSIMRY _____	4		
	YUTIQ _____	89		

zidovudine CAPS _____	39	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	85	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	86
zidovudine SYRP _____	39	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	85	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	86
zidovudine TABS _____	39	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	85	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	86
ZILRETTA SRER _____	45	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	85	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	86
zinc oxide (topical) OINT 20 %___	54	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	85	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	86
zinc sulfate CAPS _____	79	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG _____	86
ZINPLAVA _____	90	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG _____	85	ZOLINZA _____	34
ziprasidone hcl _____	36	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG _____	86	zolmitriptan SOLN 5 MG _____	77
ZIRABEV _____	30	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG _____	86	zolmitriptan TABS _____	77
ZITHROMAX PACK _____	67	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG _____	86	zolmitriptan TBDP _____	77
ZITHROMAX SUSR (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG _____	86	ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl) 17	
ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG _____	86	ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17
ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG _____	86	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG _____	86	zolpidem tartrate TABS _____	66
ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG _____	86	ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan) _____	77
ZITUVIMET TABS _____	18	ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG _____	86	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	14
ZITUVIMET XR TB24 _____	18	ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG _____	86	zonisamide CAPS _____	14
ZITUVIO _____	19	ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG _____	86	ZORBTIVE SC _____	58
ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	24	ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG _____	86	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	51
ZOKINVY _____	80	ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG _____	86	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	51
ZOLADEX _____	31	ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG _____	86	ZUBSOLV SUBL _____	8
zoledronic acid CONC _____	58	ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG	86	ZULRESSO _____	16
zoledronic acid SOLN 5 MG/100ML 58		ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG	86	ZYDELIG _____	34
ZOLEDRONIC ACID SOLN _____	58	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG	86	ZYKADIA TABS _____	34
ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	86	ZYNLONTA _____	31
		ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	86		
		ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG _____	86		

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

ZYRTEC CHEW 10 MG (Use
cetirizine hcl) _____ 23

ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY
CHEW 10 MG (Use cetirizine hcl) .23

ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY
SOLN PO (Use cetirizine hcl) _____ 23

ZYRTEC-D ALLERGY &
CONGESTION (Use cetirizine-
pseudoephedrine) _____ 48

ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS
(Use cetirizine-pseudoephedrine) . 48

ZYTIGA (Use abiraterone acetate)
31