

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

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

Programa de farmacia

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

Usted puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es [1-800-704-1484](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 los afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

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

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

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

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

Medicamentos de especialidad

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

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. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

Uso apropiado y ediciones de seguridad

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

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

Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en el **Formulario de Autorización previa de medicamentos**. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com. 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:

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

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

Terapia escalonada

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

Límites de cantidad

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

Límites de edad

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

Solicitudes de necesidad médica

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

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

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

Política de suministro de emergencia de 72 horas

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

Exclusiones

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

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

Productos aprobados recientemente

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

Medicamentos de venta libre

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

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

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

Medicamentos genéricos

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

Medicamentos para Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos

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

Surtir una receta

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

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

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

Copagos

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

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

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

Información del contacto

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

Ayuda de idiomas

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

Abreviaturas en la Lista de medicamentos preferidos

ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de niveles
<i>P</i>	Medicamento preferido
<i>NP</i>	Medicamento no preferido
REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción del requisito/límite
<i>AL</i>	Límite de edad: El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	Autorización previa: Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	Límite de cantidad: Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
<i>Rx/OTC</i>	El producto tiene cobertura tanto con o sin receta
<i>SP</i>	Medicamento de especialidad: Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
<i>ST</i>	Terapia escalonada: Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.

DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la edición	Descripción de la edición
<i>Opioide</i>	Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros. Límites para personas sin tratamiento previo*: • Dosis diaria máxima = 50 MME** • Suministro máximo de días = 7 días • Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada *Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días **MME = Equivalente en miligramos de morfina
<i>Tiras reactivas</i>	Los(as) usuarios(as) de insulina se limitan a 150 tiras por cada 30 días; Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días EXCEPCIONES: Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días • Afiliados(as) menores de 18 años • Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo

ABREVIATURAS ESTÁNDAR

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

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>NEBU</i>	Solución de nebulización
<i>OINT</i>	Ungüento
<i>OP</i>	Oftálmico
<i>OPHT</i>	Oftálmico
<i>OR</i>	Oral
<i>PACK</i>	Paquete
<i>PEN</i>	Pluma para inyección
<i>PNKT</i>	Estuche de pluma para inyección
<i>POT</i>	Potasio
<i>POWD</i>	Polvo
<i>PRSY</i>	Jeringa precargada
<i>PSKT</i>	Estuche de jeringa precargada
<i>PSTE</i>	Pasta
<i>PT24</i>	Parche de 24 Horas
<i>PT72</i>	Parche de 72 Horas
<i>PTCH</i>	Parche
<i>PTTW</i>	Parche dos veces por semana
<i>PTWK</i>	Parche semanal
<i>RE</i>	Rectal
<i>S.O.P.</i>	Preparación oftálmica estéril
<i>SHAM</i>	Champú
<i>SOAJ</i>	Autoinyector con solución
<i>SOCT</i>	Cartucho con solución
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>SUSY</i>	Jeringa precargada con suspensión
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso
<i>TABS</i>	Comprimidos
<i>TB12</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
<i>TB24</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
<i>TBCR</i>	Comprimidos de liberación prolongada
<i>TBDP</i>	Tableta dispersable

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 5 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(1800 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
METHYLIN SOLN 10 MG/5ML (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(900 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 3 años)
<i>methylphenidate hcl</i> 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<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)	Medicamentos alternativos - B's		
<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)	REMIFEMIN MENOPAUSE RELIEF TABS	NP	
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)	Medicamentos alternativos - G's		
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5 MG	P	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> CAPS 250 MG	P	OTC; QL(4 cada día)
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	Medicamentos alternativos - M's		
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)	MELATONIN SUBL	P	QL(1 cada día)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	<i>melatonin</i> TABS 3 MG, 5 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10 MG, 20 MG, 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)	<i>melatonin</i> TBDP 3 MG	P	QL(1 cada día)
RELEXXII TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
RELEXXII TBCR 36 MG	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 6 años)	Aminoglucósidos		
RITALIN TABS 5 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(6 cada día); AL(AI menos 3 años)	ARIKAYCE	P	SP; PA
RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use <i>methylphenidate hcl</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 3 años)	BETHKIS NEBU (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLOGICOS VARIOS			KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) NEBU 300 MG/5ML (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
Extractos alérgicos			<i>neomycin sulfate</i> TABS	P	
ROUGH PIGWEED	NP		TOBI PODHALER CAPS	P	SP; PA
SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	NP		TOBI NEBU (Use <i>tobramycin</i>)	NP	SP; PA
SORREL/DOCK MIX IJ	NP		<i>tobramycin sulfate</i> SOLN IJ 1.2 GM/30ML, 2 GM/50ML, 10 MG/ML, 80 MG/2ML	P	PA
MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS			<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-FKJP (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML, 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML	P	SP; PA	ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
Alfa inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) - anticuerpos monoclonales			ADALIMUMAB-RYVK (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML	NP	SP
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (2 PEN) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT	P	SP; PA	ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA	CYLTEZO (2 PEN) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START AJKT 80 MG/0.8ML	P	SP; PA	CYLTEZO (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ	P	SP; PA	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY	P	SP; PA	CYLTEZO- PSORIASIS/UV STARTER AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADB(2 PEN) AJKT	NP	SP	HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB(2 PEN) AJKT	P	SP; PA	HADLIMA SOSY	P	SP; PA
ADALIMUMAB-ADB(2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	NP	SP	HULIO (2 PEN) AJKT	NP	SP
ADALIMUMAB-ADB(2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA	HULIO (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP
ADALIMUMAB- ADB(CD/UC/HS STRT) AJKT	P	SP; PA	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ	NP	SP
			HYRIMOZ SOAJ	NP	SP
			HYRIMOZ SOSY	NP	SP
			SIMLANDI (1 PEN) AJKT	P	SP; PA
			SIMLANDI (1 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
			SIMLANDI (2 PEN) AJKT	P	SP; PA
			SIMLANDI (2 SYRINGE) PSKT	P	SP; PA
			YUFLYMA (1 PEN) AJKT	NP	SP
			YUFLYMA (2 PEN) AJKT	NP	SP
			YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT	NP	SP

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-CD/UC/HS STARTER AJKT	NP	SP	<i>ibuprofen CHEW</i>	P	OTC
YUSIMRY	P	SP; PA	<i>ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML</i>	P	RX/OTC
Bloqueadores de la interleucina 1			<i>ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML</i>	P	OTC
ARCALYST	P	SP; PA	<i>ibuprofen TABS 200 MG</i>	P	OTC
Bloqueadores beta de la interleucina-1			<i>ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	P	
ILARIS SOLN	P	SP; PA	INDOCIN SUSP (<i>Use indomethacin</i>)	NP	
Inhibidores del receptor de la interleucina 6			INDOMETHACIN SODIUM	P	
ACTEMRA ACTPEN SOAJ	P	SP; PA	<i>indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG</i>	P	
ACTEMRA SOLN	P	SP; PA	<i>indomethacin SUPP</i>	P	
ACTEMRA SOSY	P	SP; PA	<i>indomethacin SUSP</i>	P	
Agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)			INFANTS ADVIL SUSP (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC
ADVIL TABS (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC	<i>ketorolac tromethamine SOLN IJ 15 MG/ML, 30 MG/ML</i>	P	
ALEVE ALL DAY STRONG TABS 220 MG (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN IJ 30 MG/ML	P	
ALEVE TABS (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día)	<i>ketorolac tromethamine TABS</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 17 años)
ANAPROX DS TABS (<i>Use naproxen sodium</i>)	NP		LODINE TABS (<i>Use etodolac</i>)	NP	
CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	LURBIPR TABS 100 MG (<i>Use flurbiprofen</i>)	NP	
CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	RX/OTC	LURBIRO TABS 100 MG (<i>Use 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 (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>etodolac CAPS</i>	P		MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (<i>Use ibuprofen</i>)	NP	OTC
<i>etodolac TABS</i>	P		<i>nabumetone</i>	P	
FELDENE CAPS (<i>Use piroxicam</i>)	NP				
<i>fenoprofen calcium CAPS 400 MG</i>	P				
<i>flurbiprofen TABS</i>	P				
<i>ibuprofen lysine</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
NALFON CAPS (Use <i>fenoprofen calcium</i>)	NP	
NAPROSYN SUSP (Use <i>naproxen</i>)	NP	
NAPROSYN TABS 500 MG (Use <i>naproxen</i>)	NP	
<i>naproxen sodium</i> TABS 220 MG	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275 MG, 550 MG	P	
<i>naproxen</i> SUSP	P	
<i>naproxen</i> TABS	P	
NEOPROFEN (Use <i>ibuprofen lysine</i>)	NP	
<i>piroxicam</i> CAPS	P	
<i>sulindac</i> TABS	P	
Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)		
OTEZLA TABS	P	SP; PA
OTEZLA TBPB	P	SP; PA
Inhibidores de la síntesis de pirimidina		
ARAVA (Use <i>leflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día)
<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)
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> CAPS	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 18 años)

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Analgésicos- bloqueadores de los canales peptídicos			DILAUDID TABS 8 MG (Use <i>hydromorphone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
PRIALT	P	SP; PA	<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)
Salicilatos			HYDROMORPHONE HCL SUPP	P	Edición clínica: Opioides; QL(2 cada día)
<i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>	P	OTC	<i>hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>aspirin CHEW</i>	P	OTC	<i>hydromorphone hcl TABS 8 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(4 cada día)
ASPIRIN SUPP 300 MG	P	OTC; QL(12 cada 30 días de venta al por menor)	<i>meperidine hcl SOLN PO 50 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(30 ML al día)
<i>aspirin TABS 325 MG</i>	P	OTC	<i>meperidine hcl TABS 50 MG</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>aspirin TBEC 81 MG, 325 MG</i>	P	OTC	<i>methadone hcl TABS 10 MG</i>	P	QL(10 cada día); PA
BUFFERIN (Use <i>aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide)</i>)	NP	OTC	<i>methadone hcl TABS 5 MG</i>	P	QL(6 cada día); PA
<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 SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(21.4 ML al día)
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN TBEC (Use <i>aspirin</i>)	NP	OTC	<i>morphine sulfate SUPP</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(18 por surtido al por menor)
ECOTRIN TBEC (Use <i>aspirin</i>)	NP	OTC	<i>morphine sulfate TABS</i>	P	Edición clínica: Opioides; QL(6 cada día)
<i>salsalate</i>	P		<i>morphine sulfate TBCR</i>	P	QL(3 cada día)
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares			MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (Use <i>morphine sulfate</i>)	NP	QL(3 cada día)
Agonistas opioides			MS CONTIN TBCR 15 MG (Use <i>morphine sulfate</i>)	P	QL(3 cada día)
<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 <i>meperidine hcl</i>)	NF				
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use <i>hydromorphone hcl</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 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
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 325 MG/15ML-10 MG/15ML</i>	P	Edición clínica: Opioides
<i>oxycodone hcl T12A 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG</i>	P	QL(2 cada día); PA	<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 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)	PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (<i>Use oxycodone w/acetaminophen</i>)	NP	Edición clínica: Opioides; QL(6 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)			
<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)			

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

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>alum & mag hydrox-simethicone LIQD</i>	P	QL(744 ML cada 30 días de venta al por menor)	<i>pyrantel pamoate SUSP</i>	P	OTC; QL(60 ML por surtido 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)	MEDICAMENTOS ANTIANGINALES - Medicamentos para el tratamiento del dolor torácico		
Antiácidos - sales de aluminio			Nitratos		
ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP	P	OTC	ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use <i>isosorbide dinitrate</i>)	NP	
Antiácidos: bicarbonato			<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325 MG, 650 MG</i>	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor)	<i>isosorbide mononitrate</i> TABS	P	QL(2 cada día)
Antiácidos: sales de calcio			ISOSORBIDE MONONITRATE TABS	P	QL(2 cada día)
<i>calcium carbonate (antacid) CHEW 500 MG</i>	P	OTC	<i>isosorbide mononitrate</i> TB24	P	QL(1 cada día)
TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC	NITRO-BID OINT	P	
TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NF		NITRO-DUR PT24 (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
TUMS CHEW (Use <i>calcium carbonate (antacid)</i>)	NP	OTC	<i>nitroglycerin</i> CPCR	P	
Antiácidos: sales de magnesio			<i>nitroglycerin</i> PT24	P	
<i>magnesium oxide TABS 400 MG</i>	P	OTC	<i>nitroglycerin</i> SUBL	P	
ANTELMIÑTICOS - Medicamentos para tratar las infecciones parasitarias			NITROSTAT SUBL (Use <i>nitroglycerin</i>)	NP	
Antihelmínticos			MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - Medicamentos para tratar la ansiedad		
BENZNIDAZOLE	P	SP; PA	Medicamentos ansiolíticos - Varios		
EMVERM CHEW	P	QL(1 cada 14 días de venta al por menor)	<i>bupirone hcl</i> 15 MG	P	QL(4 cada día)
PIN RID CHEW	P	QL(3 por surtido al por menor)	<i>bupirone hcl</i> 7.5 MG, 30 MG	P	QL(3 cada día)
			<i>bupirone hcl</i> 5 MG, 10 MG	P	QL(6 cada día)
			<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP	P	
			<i>hydroxyzine hcl</i> TABS	P	
			<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS	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
<i>montelukast sodium</i> PACK	P	QL(1 cada día)	<i>fluticasone propionate hfa</i> 44 MCG/ACT	P	QL(10.6 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>montelukast sodium</i> TABS	P	QL(1 cada día)	PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation))	NP	QL(120 ML por surtido al por menor); AL(Al menos 1 año - hasta 8 años)
SINGULAIR CHEW (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)	QVAR REDIHALER 40 MCG/ACT	P	QL(0.36 GM al día)
SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)	QVAR REDIHALER 80 MCG/ACT	P	QL(0.72 GM al día)
SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium)	NP	QL(1 cada día)	Simpaticomiméticos		
Inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4 (PDE4)			ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NP	QL(2 cada día)
DALIRESP (Use roflumilast)	NP	QL(1 cada día)	AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NF	
roflumilast	P	QL(1 cada día)	AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NF	
Inhalantes con esteroides			AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol)	NF	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (Use fluticasone furoate (inhalation))	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	P	QL(8.5 GM por surtido al por menor; 17 GM cada 30 días de venta al por menor)
budesonide (inhalation) 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 DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation))	NP		albuterol sulfate AERS	NP	
FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa)	NP		albuterol sulfate AERS	NP	
fluticasone furoate (inhalation) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	P	QL(1 cada día)	albuterol sulfate NEBU	P	
fluticasone propionate (inhalation) AEPB	P		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 hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	P	QL(12 GM por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)	albuterol sulfate NEBU 0.083 %	P	QL(12.5 ML al 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
ALBUTEROL SULFATE NEBU	P		THEO-24 CP24	P	
<i>albuterol sulfate SYRP</i>	P		<i>theophylline ELIX</i>	P	
<i>albuterol sulfate TABS</i>	P		<i>theophylline SOLN</i>	P	QL(475 ML 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)	<i>theophylline TB12</i>	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	P	QL(0.367 GM al día)	<i>theophylline TB24</i>	P	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate 160 MCG/ACT-4.5 MCG/ACT</i>	P	QL(11 GM por surtido al por menor)	ANTICOAGULANTES - Diluyentes de la sangre		
COMBIVENT RESPIMAT AERS	P	QL(0.14 GM al día)	Anticoagulantes cumarínicos		
<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>warfarin sodium TABS</i>	P	
<i>ipratropium-albuterol SOLN</i>	P	QL(12 ML al día)	Inhibidores directos del factor Xa		
<i>levalbuterol tartrate</i>	P	QL(0.5 GM al día)	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK TBPK	P	QL(2.47 cada día)
PROAIR RESPICLICK AEPB	P	QL(1 por surtido al por menor; 2 cada 30 días de venta al por menor); AL(Al menos 4 años - hasta 18 años)	ELIQUIS TABS	P	QL(2 cada día)
PROVENTIL HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP		Heparinas y agentes similares a los heparinoides		
SEREVENT DISKUS	P	QL(60 por surtido al por menor)	ARIXTRA (Use <i>fondaparinux sodium</i>)	NP	SP; PA
SYMBICORT (Use <i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>)	NP		<i>enoxaparin sodium SOLN IJ 300 MG/3ML</i>	P	SP
<i>terbutaline sulfate TABS</i>	P		<i>enoxaparin sodium SOSY</i>	P	SP; PA
VENTOLIN HFA AERS (Use <i>albuterol sulfate</i>)	NP		<i>fondaparinux sodium</i>	P	SP; PA
XOPENEX HFA (Use <i>levalbuterol tartrate</i>)	NP	QL(0.5 GM al día)	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	P	SP; PA
Xantinas			FRAGMIN SOSY	P	SP; PA
			<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML</i>	P	
			<i>heparin sodium (porcine) SOLN IJ 1000 UNIT/ML</i>	NP	
			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	

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
PRADAXA CAPS (<i>Use dabigatran etexilate mesylate</i>)	NP		BRIVIACT SOLN IV 50 MG/5ML	P	SP; PA
ANTICONVULSIVANTES - Medicamentos para tratar las convulsiones			<i>carbamazepine CHEW 100 MG</i>	P	
Anticonvulsivantes - benzodiazepinas			<i>carbamazepine SUSP</i>	P	
<i>clonazepam TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	<i>carbamazepine TABS</i>	P	
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	<i>carbamazepine TB12</i>	P	
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	DIACOMIT CAPS 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
DIASTAT PEDIATRIC GEL (<i>Use diazepam (anticonvulsant)</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	DIACOMIT CAPS 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL</i>	P	QL(1 por surtido al por menor); AL(AI menos 2 años)	DIACOMIT PACK 500 MG	P	QL(6 cada día); SP; PA
<i>diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG</i>	NP		DIACOMIT PACK 250 MG	P	QL(12 cada día); SP; PA
KLONOPIN TABS (<i>Use clonazepam</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)	EPIDIOLEX	P	SP; PA
NAYZILAM	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	FINTEPLA	P	SP; PA
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	<i>gabapentin CAPS</i>	P	QL(9 cada día)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	<i>gabapentin SOLN</i>	P	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	<i>gabapentin TABS 600 MG</i>	P	QL(6 cada día)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD	P	QL(10 cada 30 días de venta al por menor); PA	<i>gabapentin TABS 800 MG</i>	P	QL(4 cada día)
Anticonvulsivantes - Varios			KEPPRA XR TB24 (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	Use levetiracetam IR; ST
BANZEL SUSP (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA	KEPPRA SOLN PO 100 MG/ML (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(16 ML al día)
BANZEL TABS (<i>Use rufinamide</i>)	NP	SP; PA	KEPPRA TABS 500 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	QL(6 cada día)
			KEPPRA TABS 1000 MG (<i>Use levetiracetam</i>)	NP	
			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	

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>lamotrigine TB24</i>	P	Use lamotrigine IR; ST	TOPAMAX TABS 200 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(3 cada día)
<i>levetiracetam SOLN PO 100 MG/ML, 500 MG/5ML</i>	P	QL(16 ML al día)	TOPAMAX TABS 100 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>levetiracetam TABS 1000 MG</i>	P		<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 250 MG, 750 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>topiramate TABS 100 MG</i>	P	QL(4 cada día)
<i>levetiracetam TB24</i>	P	Use levetiracetam IR; ST	<i>topiramate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(6 cada día)
MYSOLINE (Use <i>primidone</i>)	NP		<i>topiramate TABS 200 MG</i>	P	QL(3 cada día)
NEURONTIN CAPS (Use <i>gabapentin</i>)	NP	QL(9 cada día)	TRILEPTAL SUSP (Use <i>oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN SOLN (Use <i>gabapentin</i>)	NP		TRILEPTAL TABS (Use <i>oxcarbazepine</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 600 MG (Use <i>gabapentin</i>)	NP	QL(6 cada día)	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use <i>zonisamide</i>)	NP	
NEURONTIN TABS 800 MG (Use <i>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 (Use <i>felbamate</i>)	NP	
<i>rufinamide TABS</i>	P	SP; PA	FELBATOL TABS (Use <i>felbamate</i>)	NP	
TEGRETOL SUSP (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		Moduladores GABA		
TEGRETOL TABS (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		SABRIL PACK (Use <i>vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TEGRETOL-XR TB12 (Use <i>carbamazepine</i>)	NP		SABRIL TABS (Use <i>vigabatrin</i>)	NP	SP; PA
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>tiagabine hcl</i>	P	
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(8 cada día)	<i>vigabatrin PACK</i>	P	SP; PA
TOPAMAX TABS 25 MG, 50 MG (Use <i>topiramate</i>)	NP	QL(6 cada día)	<i>vigabatrin TABS</i>	P	SP; PA
			Hidantoinas		
			DILANTIN	P	
			DILANTIN (Use <i>phenytoin sodium extended</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 INFATABS CHEW (Use phenytoin)	P		divalproex sodium TB24 500 MG	P	QL(7 cada día)
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 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide)	NP		mirtazapine TABS 15 MG	P	QL(3 cada día)
ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide)	NP		mirtazapine TBDP 30 MG	P	QL(1.5 cada día)
Ácido valproico			mirtazapine TBDP 15 MG	P	QL(3 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	mirtazapine TBDP 45 MG	P	QL(1 cada día)
DEPAKOTE ER TB24 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERTON SOLTAB TBDP 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR (Use divalproex sodium)	NP	QL(8 cada día)	REMERTON SOLTAB TBDP 45 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1 cada día)
DEPAKOTE TBEC 500 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(7 cada día)	REMERTON SOLTAB TBDP 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE TBEC 125 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(2 cada día)	REMERTON TABS 30 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(1.5 cada día)
DEPAKOTE TBEC 250 MG (Use divalproex sodium)	NP	QL(3 cada día)	REMERTON TABS 15 MG (Use mirtazapine)	NP	QL(3 cada día)
divalproex sodium CSDR	P	QL(8 cada día)	Antidepresivos - Varios		
divalproex sodium TB24 250 MG	P	QL(3 cada día)	bupropion hcl TABS	P	QL(3 cada día)
			bupropion hcl TB12 100 MG	P	QL(4 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>bupropion hcl TB12 200 MG</i>	P	QL(2 cada día)	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)		
<i>bupropion hcl TB12 150 MG</i>	P	QL(3 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 20 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>bupropion hcl TB24 300 MG</i>	P	QL(1 cada día)	CELEXA TABS 10 MG (Use <i>citalopram hydrobromide</i>)	NP	QL(4 cada día)
FORFIVO XL TB24 (Use <i>bupropion hcl</i>)	NF		<i>citalopram hydrobromide SOLN</i>	P	
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 40 MG</i>	P	QL(1 cada día)
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use <i>bupropion hcl</i>)	NP	QL(2 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 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)
Modulador del receptor GABA - esteroide neuroactivo			<i>escitalopram oxalate TABS 10 MG</i>	P	QL(2 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 monoaminoxidasa (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 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(2 cada día)
Antagonistas de los receptores del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)			<i>fluvoxamine maleate TABS 100 MG</i>	P	QL(3 cada día)
SPRAVATO (56 MG DOSE)	P	SP; PA			
SPRAVATO (84 MG DOSE)	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
LEXAPRO TABS 5 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 12 años)	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(4 cada día)
LEXAPRO TABS 20 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 12 años)	Moduladores de la serotonina		
LEXAPRO TABS 10 MG (Use escitalopram oxalate)	NP	QL(2 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 30 MG, 40 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(2 cada día)	desvenlafaxine succinate 100 MG	P	QL(4 cada día); ST
PAXIL TABS 10 MG (Use paroxetine hcl)	NP	QL(6 cada día)	duloxetine hcl CPEP 20 MG, 30 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 7 años)
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)
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 7 años)	EFFEXOR XR CP24 150 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(2 cada día)
sertraline hcl CONC	P	QL(6 ML al día)	EFFEXOR XR CP24 75 MG (Use venlafaxine hcl)	NP	QL(5 cada día)
sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 cada día)	PRISTIQ 100 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(4 cada día); ST
sertraline hcl TABS 100 MG	P	QL(2 cada día)	PRISTIQ 25 MG, 50 MG (Use desvenlafaxine succinate)	NP	QL(1 cada día); ST
ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	NP	QL(6 ML al día)	venlafaxine hcl CP24 75 MG	P	QL(5 cada día)
ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl)	NP	QL(2 cada día)	venlafaxine hcl CP24 150 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>venlafaxine hcl CP24 37.5 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-10 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>venlafaxine hcl TABS</i>	P		<i>dapagliflozin propanediol-metformin hcl 1000 MG-5 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>venlafaxine hcl TB24 150 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>glipizide-metformin hcl</i>	P	
<i>venlafaxine hcl TB24 37.5 MG, 75 MG, 225 MG</i>	P	QL(1 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>OSANI 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 25 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24</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(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>SOLIQUA</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 750 MG</i>	P	QL(3 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 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)	RELION GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
Otros antidiabéticos			TGT GLUCOSE	P	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 ON THE GO 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)	TRUEPLUS GLUCOSE CHEW	P	OTC; 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	P	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)	WALGREENS GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
DEX4	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4)		
DEX4 NATURALS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>alogliptin benzoate</i>	P	
FT GLUCOSE CHEW 4 GM	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	NESINA (Use <i>alogliptin benzoate</i>)	NP	
GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (Use <i>glucagon</i>)	NP	QL(1 por surtido al por menor)	ONGLYZA (Use <i>saxagliptin hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>glucagon SOLR IJ 1 MG</i>	P	QL(1 por surtido al por menor)	<i>saxagliptin hcl</i>	P	QL(1 cada día)
GLUCO TO GO CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	SITAGLIPTIN	P	QL(1 cada día)
GLUCOSE 6 MG-4 GM	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	ZITUVIO	NP	
GLUCOSE CHEW	P	OTC; QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	Medicamentos miméticos de incretina		
GNP 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)
HY-VEE GLUCOSE	P	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)
KROGER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>exenatide SOPN 10 MCG/0.04ML</i>	P	QL(0.08 ML al día); AL(AI menos 18 años)
MEIJER GLUCOSE	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)	<i>exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML</i>	P	QL(0.04 ML al día); AL(AI menos 18 años)
PX 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)			

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	P	QL(1 ML al día)	<i>pioglitazone hcl</i>	P	QL(1 cada día)
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN	NP		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
GLUCOTROL XL TB24 (Use <i>glipizide</i>)	NP	
<i>glyburide micronized</i> 1.5 MG, 3 MG, 6 MG	P	
<i>glyburide</i> TABS	P	
GLYNASE (Use <i>glyburide micronized</i>)	NP	
MEDICAMENTOS ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS – Medicamentos para tratar la diarrea		
Medicamentos antidiarreicos/probióticos - Varios		
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262 MG	P	OTC
<i>bismuth subsalicylate</i> SUSP 525 MG/15ML, 1050 MG/30ML	P	OTC
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
PEPTO-BISMOL CHEW (Use <i>bismuth subsalicylate</i>)	NP	OTC
Medicamentos antiperistálticos		
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> LIQD	P	
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> TABS	P	
IMODIUM A-D CAPS (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
IMODIUM A-D TABS (Use <i>loperamide hcl</i>)	NP	OTC; QL(8 cada día)
LOMOTIL TABS (Use <i>diphenoxylate w/ atropine</i>)	NP	
<i>loperamide hcl</i> CAPS	P	OTC; QL(8 cada día); RX/OTC
<i>loperamide hcl</i> TABS	P	OTC; QL(8 cada día)
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
Antídotos - agentes quelantes		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CHEMET	P	
<i>deferasirox</i> PACK	P	SP; PA
<i>deferasirox</i> TABS	P	SP; PA
<i>deferasirox</i> TBSO	P	SP; PA
<i>deferiprone</i> TABS	P	SP; PA
EXJADE TBSO (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS	P	SP; PA
FERRIPROX SOLN	P	SP; PA
FERRIPROX TABS (Use <i>deferiprone</i>)	NP	SP; PA
JADENU SPRINKLE PACK (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
JADENU TABS (Use <i>deferasirox</i>)	NP	SP; PA
Antídotos y antagonistas específicos		
ANDEXXA 200 MG	P	SP; PA
BRIDION SOLN	P	PA
<i>deferoxamine mesylate</i>	P	SP; PA
DESFERAL 500 MG (Use <i>deferoxamine mesylate</i>)	NP	SP; PA
SM IPECAC SYRUP	P	
VISTOGARD	P	
Antagonistas opioides		
<i>naloxone hcl</i> LIQD	P	QL(4 cada 90 días de venta al por menor); RX/OTC
<i>naloxone hcl</i> SOCT	P	QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naloxone hcl</i> SOLN 0.4 MG/ML, 4 MG/10ML	P	QL(2 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naloxone hcl</i> SOSY 2 MG/2ML	P	QL(4 ML cada 90 días de venta al por menor)
<i>naltrexone hcl</i>	P	
NARCAN LIQD (Use <i>naloxone hcl</i>)	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-HT3					
<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 16 MG</i>	P		<i>fluconazole TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
<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)
Antieméticos - anticolinérgicos			<i>fluconazole TABS 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
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)	ANTIHIISTAMÍNICOS - 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)	<i>clemastine fumarate TABS 1.34 MG</i>	P	OTC; QL(2 cada día)
Imidazole- Antifúngicos relacionados			CLEMASZ TABS 2.68 MG (Use <i>clemastine fumarate</i>)	NF	
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
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABS	P	OTC; QL(2 cada día)	<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60 MG	P	QL(2 cada día)
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS	P	QL(4 cada día)	<i>fexofenadine hcl</i> TABS 180 MG	P	QL(1 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 180 MG (<i>Use fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	XYZAL ALLERGY 24HR TABS (<i>Use levocetirizine dihydrochloride</i>)	NP	RX/OTC
ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (<i>Use fexofenadine hcl</i>)	NP	QL(2 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 5 MG (<i>Use loratadine</i>)	NF		<i>promethazine hcl</i> TABS	P	AL(AI menos 2 años)
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (<i>Use loratadine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día)	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	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - Medicamentos para tratar el colesterol alto					
Inhibidores de la proteína similar a la angiotensina					
EVKEEZA				P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Antihiperlipidémicos - combinaciones			TRICOR TABS (Use fenofibrate)	NF	
ezetimibe-simvastatin	P	QL(1 cada día); ST	Inhibidores de la reductasa de la HMG CoA		
VYTORIN (Use ezetimibe-simvastatin)	NP	QL(1 cada día); ST	atorvastatin calcium TABS	P	QL(1 cada día)
Secuestrantes de ácidos biliares			CRESTOR TABS (Use rosuvastatin calcium)	NP	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
cholestyramine light PACK	P		LIPITOR TABS (Use atorvastatin calcium)	NP	QL(1 cada día)
cholestyramine light POWD	P		lovastatin TABS 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)
cholestyramine PACK	P		lovastatin TABS 40 MG	P	QL(2 cada día)
cholestyramine POWD	P		pravastatin sodium	P	QL(1 cada día)
COLESTID FLAVORED GRAN (Use colestipol hcl)	NP		rosuvastatin calcium TABS	P	Intente usar simvastatin o atorvastatin; QL(1 cada día); ST
COLESTID GRAN (Use colestipol hcl)	NP		simvastatin TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG	P	QL(1 cada día)
COLESTID TABS (Use colestipol hcl)	NP		ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin)	NP	QL(1 cada día)
colestipol hcl GRAN	P		Inhibidores de la absorción intestinal del colesterol		
colestipol hcl TABS	P		ezetimibe	P	ST
QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light)	NP		ZETIA (Use ezetimibe)	NP	ST
QUESTRAN PACK (Use cholestyramine)	NP		Inhibidores de la proteína de transferencia de triglicéridos microsomales (MTP)		
QUESTRAN POWD (Use cholestyramine)	NP		JUXTAPID 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	P	SP; PA
Derivados del ácido fíbrico			Derivados del ácido nicotínico		
fenofibrate micronized 67 MG	P	QL(2 cada día)	niacin (antihyperlipidemic) TABS	P	
fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG	P	QL(1 cada día)	niacin (antihyperlipidemic) TBCR	P	
fenofibrate TABS 54 MG	P	QL(3 cada día)	Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9		
fenofibrate TABS 160 MG	P	QL(1 cada día)	LEQVIO	P	SP; PA
FENOGLIDE TABS (Use fenofibrate)	NF		PRALUENT SOAJ	P	SP; PA
gemfibrozil TABS	P	QL(2 cada día)			
LOPID TABS (Use gemfibrozil)	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
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT	P	SP; PA	DEMSEER (Use metyrosine)	NP	SP; PA
REPATHA SURECLICK SOAJ	P	SP; PA	metyrosine	P	SP; PA
REPATHA SOSY	P	SP; PA	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
ANTIHIPERTENSIVOS - Medicamentos para tratar la hipertensión arterial			ATACAND (Use candesartan cilexetil)	NP	
Inhibidores de la ECA			AVAPRO 150 MG, 300 MG (Use irbesartan)	NP	QL(1 cada día)
ACCUPRIL (Use quinapril hcl)	NP		BENICAR (Use olmesartan medoxomil)	NP	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril)	NP	QL(2 cada día)	candesartan cilexetil	P	
benazepril hcl 40 MG	P	QL(2 cada día)	COZAAR (Use losartan potassium)	NP	QL(1 cada día)
benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG	P	QL(1 cada día)	DIOVAN TABS (Use valsartan)	NP	QL(1 cada día)
captopril	P	QL(3 cada día)	irbesartan	P	QL(1 cada día)
enalapril maleate TABS	P	QL(2 cada día)	losartan potassium	P	QL(1 cada día)
fosinopril sodium	P	QL(1 cada día)	MICARDIS (Use telmisartan)	NP	QL(1 cada día)
lisinopril TABS 2.5 MG	P	QL(1 cada día)	olmesartan medoxomil	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST
lisinopril TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	P	QL(2 cada día)	telmisartan	P	QL(1 cada día)
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl)	NP	QL(1 cada día)	valsartan TABS	P	QL(1 cada día)
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl)	NP	QL(2 cada día)	Antihipertensivos antiadrenérgicos		
quinapril hcl	P		CARDURA (Use doxazosin mesylate)	NP	
ramipril CAPS	P	QL(2 cada día)	clonidine hcl TABS	P	
trandolapril 4 MG	P	QL(2 cada día)	doxazosin mesylate	P	
trandolapril 1 MG, 2 MG	P	QL(1 cada día)	guanfacine hcl	P	
VASOTEC TABS (Use enalapril maleate)	NP	QL(2 cada día)	methyldopa TABS	P	
ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril)	NP	QL(1 cada día)	MINIPRESS CAPS (Use prazosin hcl)	NP	
ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril)	NP	QL(2 cada día)	prazosin hcl CAPS	P	
Agentes para el feocromocitoma			terazosin hcl	P	
			Combinación de antihipertensivos		

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
ACCURETIC 12.5 MG-10 MG (Use quinapril-hydrochlorothiazide)	NP	QL(3 cada día)	enalapril maleate & hydrochlorothiazide	P	QL(2 cada día)
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 25 MG-20 MG	P	QL(1 cada día)
atenolol & chlorthalidone	P	QL(2 cada día)	lisinopril & hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG	P	QL(2 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; ST	metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 50 MG-100 MG	P	QL(1 cada día)
bisoprolol & hydrochlorothiazide	P	QL(1 cada día)	metoprolol & hydrochlorothiazide TABS 25 MG-100 MG, 25 MG-50 MG	P	QL(2 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)			
captopril & hydrochlorothiazide 25 MG-50 MG	P	QL(3 cada día)			
DIOVAN HCT (Use valsartan-hydrochlorothiazide)	NP	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>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; ST	Vasodiladores		
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	P	Use losartan o irbesartan; QL(1 cada día); ST	<i>hydralazine hcl TABS</i>	P	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-20 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>minoxidil 10 MG</i>	P	QL(10 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 12.5 MG-10 MG</i>	P	QL(3 cada día)	<i>minoxidil 2.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG</i>	P	QL(2 cada día)	MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
<i>telmisartan-amlodipine</i>	P		Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>metronidazole TABS 250 MG, 500 MG</i>	P	
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone)	NP	QL(2 cada día)	<i>trimethoprim TABS</i>	P	
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone)	NP	QL(2 cada día)	Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	P		BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
TRIBENZOR (Use olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide)	NP	Use losartan o irbesartan; ST	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)	NP	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>methenamine-hyosc-methylene blue-sod phospheryl sal TABS 81.6 MG</i>	P	
VASERETIC 25 MG-10 MG (Use enalapril maleate & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP</i>	P	
ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(2 cada día)	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS</i>	P	
ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide)	NP	QL(1 cada día)	URETRON D/S TABS 81.6 MG	P	
Antihipertensivos - varios			Carbapenémicos		
VECAMYL	P	SP; PA	<i>ertapenem sodium IJ</i>	P	SP; PA
			Glucopéptidos		
			<i>FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl)</i>	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
			<i>VANCOCIN CAPS 125 MG (Use vancomycin hcl)</i>	NP	QL(4 cada día)
			<i>VANCOCIN CAPS 250 MG (Use vancomycin hcl)</i>	NP	QL(8 cada día)
			<i>vancomycin hcl CAPS 125 MG</i>	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>vancomycin hcl CAPS 250 MG</i>	P	QL(8 cada día)	MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (<i>Use nitrofurantoin macrocrystal</i>)	NP	
<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>methenamine mandelate</i>	P	
<i>vancomycin hcl SOLR IV 1 GM</i>	P	QL(14 por surtido al por menor)	<i>nitrofurantoin</i>	P	QL(40 ML al día)
<i>vancomycin hcl SOLR IV 500 MG</i>	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)	<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 MG, 100 MG</i>	P	
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 500 MG	P	QL(14 cada 30 días de venta al por menor)	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	P	
VANCOMYCIN HCL SOLR IV 1 GM	P	QL(14 por surtido al por menor)	ANTIMALÁRICOS - Medicamentos para tratar la malaria (Infecciones parasitarias)		
Leprostáticos			Combinaciones antimaláricas		
<i>dapsone</i>	P		COARTEM	P	QL(24 por surtido al por menor)
Lincosamidas			Antimaláricos		
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (<i>Use clindamycin hcl</i>)	NP		<i>chloroquine phosphate TABS 500 MG</i>	P	QL(1 cada día)
<i>CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride)</i>	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)	<i>chloroquine phosphate TABS 250 MG</i>	P	
<i>clindamycin hcl 150 MG, 300 MG</i>	P		DARAPRIM (<i>Use pyrimethamine</i>)	NP	SP; PA
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	P	QL(300 ML por surtido al por menor)	<i>hydroxychloroquine sulfate 200 MG</i>	P	
Monobactámicos			KRINTAFEL	P	QL(2 cada 30 días de venta al por menor)
CAYSTON	P	SP; PA	<i>mefloquine hcl</i>	P	
Oxazolidinonas			PLAQUENIL (<i>Use hydroxychloroquine sulfate</i>)	NP	
SIVEXTRO TABS	P	QL(6 por surtido al por menor); PA	<i>primaquine phosphate TABS</i>	P	
Pleuromutilinas			PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS (<i>Use primaquine phosphate</i>)	NP	
XENLETA TABS	P	SP; PA	<i>pyrimethamine</i>	P	SP; PA
Antiinfecciosos urinarios			SOVUNA 200 MG	P	
MACROBID (<i>Use nitrofurantoin monohyd macro</i>)	NP		MEDICAMENTOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS		
			Medicamentos antimiasténicos/colinérgicos		

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
MESTINON TABS (Use pyridostigmine bromide)	NP		CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML (Use cyclophosphamide)	NP	SP; PA
MESTINON TBCR (Use pyridostigmine bromide)	NP		CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA
pyridostigmine bromide TABS 60 MG	P		CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML	P	SP; PA
pyridostigmine bromide TBCR	P		cyclophosphamide SOLR IJ	P	SP; PA
MEDICAMENTOS ANTIMICOBACTERIALES - Medicamentos para tratar la tuberculosis (infecciones bacterianas)			EVOMELA IV	P	SP; PA
Agentes antimicobacterianos			KEMOPLAT SOLN	P	SP; PA
ethambutol hcl TABS	P		LEUKERAN	P	
isoniazid SYRP	P		melfalan	P	
isoniazid TABS	P		melfalan hcl IV	P	SP; PA
MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl)	NP		MYLERAN TABS	P	
MYCOBUTIN (Use rifabutin)	NP		TEMODAR SOLR	P	SP; PA
pyrazinamide	P		temozolomide CAPS	P	SP; PA
rifabutin	P		TEPADINA (Use thiotepa)	NP	SP; PA
rifampin CAPS	P		thiotepa	P	SP; PA
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADJUNTAS - Medicamentos para tratar el cáncer			TREANDA SOLR (Use bendamustine hcl)	NP	SP; PA
Medicamentos alquilantes			VIVIMUSTA SOLN	P	SP; PA
BELRAPZO SOLN	P	SP; PA	YONDELIS	P	SP; PA
BENDAMUSTINE HCL SOLN	P	SP; PA	ZEPZELCA	P	SP; PA
bendamustine hcl SOLR	P	SP; PA	Antimetabolitos		
BENDEKA SOLN	P	SP; PA	ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium)	NP	SP; PA
carboplatin SOLN 50 MG/5ML, 150 MG/15ML, 450 MG/45ML, 600 MG/60ML	P	SP; PA	azacitidine SUSR	P	SP; PA
cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML	P	SP; PA	capecitabine	P	SP; PA
CISPLATIN SOLR	P	SP; PA	cladribine 10 MG/10ML	P	SP; PA
cyclophosphamide SOLN	P	SP; PA	cytarabine SOLN	P	SP; PA
			decitabine	P	SP; PA
			fludarabine phosphate SOLN	P	SP; PA
			FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	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
<i>fludarabine phosphate SOLR</i>	P	SP; PA	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
FOLOTYN	P	SP; PA	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA
<i>mercaptopurine SUSP 2000 MG/100ML</i>	P		LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA
<i>mercaptopurine TABS</i>	P		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA
<i>methotrexate sodium SOLN 1 GM/40ML, 50 MG/2ML, 250 MG/10ML, 1000 MG/40ML</i>	P		MVASI	P	SP; PA
<i>methotrexate sodium TABS 2.5 MG</i>	P		ZALTRAP	P	SP; PA
ONUREG TABS	P	SP; PA	ZIRABEV	P	SP; PA
PEMETREXED 500 MG/20ML	P	SP; PA	Antineoplásicos - anticuerpos		
<i>pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG</i>	P	SP; PA	ADCETRIS	P	SP; PA
PEMFEXY	P	SP; PA	ARZERRA	P	SP; PA
<i>pralatrexate</i>	P	SP; PA	BAVENCIO	P	SP; PA
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (<i>Use mercaptopurine</i>)	NP		BESPONSA	P	SP; PA
TABLOID	P	SP; PA	BLINCYTO	P	SP; PA
TREXALL TABS 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG	P		DARZALEX	P	SP; PA
VIDAZA SUSR (<i>Use azacitidine</i>)	NP	SP; PA	EMPLICITI	P	SP; PA
XELODA (<i>Use capecitabine</i>)	NP	SP; PA	ENHERTU	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de la angiogénesis			GAZYVA	P	SP; PA
CYRAMZA	P	SP; PA	IMFINZI	P	SP; PA
INLYTA	P	SP; PA	JEMPERLI	P	SP; PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	P	QL(1 cada día); SP; PA	KADCYLA	P	SP; PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	P	QL(3 cada día); SP; PA	KEYTRUDA	P	SP; PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	KIMMTRAK	P	SP; PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	P	QL(2 cada día); SP; PA	LIBTAYO	P	SP; PA
			LOQTORZI	P	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

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
TIVDAK	P	SP; PA	VIZIMPRO	P	SP; PA
TRUXIMA	P	SP; PA	Antineoplásicos - inhibidores de la vía Hedgehog		
UNITUXIN	P	SP; PA	DAURISMO	P	SP; PA
YERVOY	P	SP; PA	ERIVEDGE	P	SP; PA
ZEVALIN Y-90	P	SP; PA	ODOMZO	P	SP; PA
ZYNLONTA	P	SP; PA	Antineoplásicos - agentes hormonales y relacionados		
Antineoplásicos - agentes anti-HER2			<i>abiraterone acetate</i>	P	SP; PA
HERCEPTIN 150 MG	P	SP; PA	<i>anastrozole</i>	P	
KANJINTI 420 MG	P	SP; PA	ARIMIDEX (<i>Use anastrozole</i>)	NP	
MARGENZA	P	SP; PA	AROMASIN (<i>Use exemestane</i>)	NP	
OGIVRI	P	SP; PA	<i>bicalutamide</i>	P	QL(1 cada día)
PERJETA	P	SP; PA	CASODEX (<i>Use bicalutamide</i>)	NP	QL(1 cada día)
TRAZIMERA	P	SP; PA	ELIGARD SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	P	SP; PA
TUKYSA	P	SP; PA	ELIGARD KIT SC 7.5 MG	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de BCL-2			EMCYT	P	SP; PA
VENCLEXTA STARTING PACK TBPB	P	SP; PA	ERLEADA 60 MG	P	SP; PA
VENCLEXTA TABS	P	SP; PA	EULEXIN	P	
Antineoplásicos - inmunoterapia celular			<i>exemestane</i>	P	
ABECMA	P	SP; PA	FARESTON (<i>Use toremifene citrate</i>)	NP	PA
BREYANZI	P	SP; PA	FEMARA (<i>Use letrozole</i>)	NP	
CARVYKTI	P	SP; PA	<i>letrozole</i>	P	
TECARTUS	P	SP; PA	LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE	P	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores de los EGFR			<i>leuprolide acetate KIT IJ 1 MG/0.2ML</i>	P	SP; PA
ERBITUX	P	SP; PA	LYSODREN	P	SP; PA
<i>erlotinib hcl</i>	P	SP; PA	<i>megestrol acetate SUSP</i>	P	
EXKIVITY	P	SP; PA	<i>megestrol acetate TABS</i>	P	
<i>gefitinib</i>	P	SP; PA	NUBEQA	P	SP; PA
GILOTRIF	P	SP; PA	<i>tamoxifen citrate TABS</i>	P	
IRESSA (<i>Use gefitinib</i>)	NP	SP; PA	<i>toremifene citrate</i>	P	PA
PORTRAZZA	P	SP; PA	VABRINTY SC 22.5 MG, 30 MG, 45 MG	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			

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
XTANDI CAPS	P	SP; PA	PHESGO	P	SP; PA
XTANDI TABS	P	SP; PA	RITUXAN HYCELA	P	SP; PA
YONSA	P	SP; PA	VYXEOS	P	SP; PA
ZOLADEX	P	SP; PA	Inhibidores enzimáticos antineoplásicos		
ZYTIGA (Use abiraterone acetate)	NP	SP; PA	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus)	NP	SP; PA
Antineoplásicos - inhibidores del factor inducible por hipoxia			AFINITOR TABS (Use everolimus)	NP	SP; PA
WELIREG	P	SP; PA	ALECENSA	P	SP; PA
Antineoplásicos - inmunomoduladores			ALUNBRIG TABS	P	SP; PA
POMALYST	P	SP; PA	ALUNBRIG TBPk	P	SP; PA
Antineoplásicos - Inhibidores alfa del PDGFR			BALVERSA	P	SP; PA
AYVAKIT	P	QL(1 cada día); SP; PA	BELEODAQ	P	SP; PA
Antibióticos antineoplásicos			bortezomib SOLR IJ	P	SP; PA
daunorubicin hcl SOLN	P	SP; PA	BORTEZOMIB SOLR IJ 1 MG, 2.5 MG	P	SP; PA
DAUNORUBICIN HCL SOLN (Use daunorubicin hcl)	NP	SP; PA	BOSULIF TABS	P	SP; PA
ELLECE SOLN	P	SP; PA	BRAFTOVI 75 MG	P	SP; PA
mitoxantrone hcl 20 MG/10ML, 25 MG/12.5ML, 30 MG/15ML	P	SP; PA	BRUKINSA	P	SP; PA
valrubicin	P	SP; PA	CABOMETYX TABS 20 MG, 60 MG	P	QL(1 cada día); SP; PA
VALSTAR (Use valrubicin)	NP	SP; PA	CABOMETYX TABS 40 MG	P	QL(2 cada día); SP; PA
Combinaciones antineoplásicas			CAPRELSA	P	SP; PA
DARZALEX FASPRO	P	SP; PA	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
HERCEPTIN HYLECTA	P	SP; PA	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
INQOVI	P	SP; PA	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	P	SP; PA	COPIKTRA	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	P	SP; PA	COTELLIC	P	SP; PA
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	P	SP; PA	dasatinib	P	SP; PA
LONSURF	P	SP; PA	everolimus TABS	P	SP; PA
OPDUALAG	P	SP; PA	everolimus TBSO	P	SP; PA
			FOTIVDA	P	SP; PA
			FYARRO	P	SP; PA
			GAVRETO	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
GLEEVEC TABS (<i>Use imatinib mesylate</i>)	NP	SP; PA	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
IBRANCE CAPS	P	SP; PA	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
IBRANCE TABS	P	SP; PA	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	P	SP; PA
ICLUSIG	P	QL(1 cada día); SP; PA	QINLOCK	P	SP; PA
IDHIFA	P	SP; PA	RETEVMO CAPS	P	SP; PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS	P	SP; PA	ROMIDEPSIN SOLN	P	SP; PA
IMBRUVICA CAPS	P	SP; PA	<i>romidepsin</i> SOLR	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 100 MG	P	SP
KISQALI (200 MG DOSE)	P	SP; PA	SCEMBLIX 20 MG, 40 MG	P	SP; PA
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</i> 50 MG, 150 MG, 200 MG	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

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
VITRAKVI CAPS	P	SP; PA
VITRAKVI SOLN	P	SP; PA
VONJO	P	SP; PA
VOTRIENT	P	SP; PA
VOTRIENT (Use pazopanib hcl)	NP	SP; PA
XALKORI CAPS	P	SP; PA
XOSPATA	P	SP; PA
ZEJULA CAPS	P	SP; PA
ZELBORAF	P	SP; PA
ZOLINZA	P	SP; PA
ZYDELIG	P	SP; PA
ZYKADIA TABS	P	SP; PA
Enzimas antineoplásicas		
ASPARLAS	P	SP; PA
ONCASPAR	P	SP; PA
RYLAZE	P	SP; PA
Radiofármacos antineoplásicos		
AZEDRA DOSIMETRIC	P	SP; PA
AZEDRA THERAPEUTIC	P	SP; PA
Antineoplásicos varios		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML	P	SP; PA
ALFERON N	P	SP; PA
arsenic trioxide	P	SP; PA
BESREMI	P	SP; PA
bexarotene	P	SP; PA
HYDREA (Use hydroxyurea)	NP	
hydroxyurea	P	
MATULANE	P	SP; PA
PHOTOFRIN	P	SP; PA
PROLEUKIN	P	SP; PA
SYNRIBO	P	SP; PA
TARGRETIN (Use bexarotene)	NP	SP; PA
tretinoin (chemotherapy)	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRISENOX (Use arsenic trioxide)	NP	SP; PA
Coadyuvantes quimioterapéuticos		
KEPIVANCE 5.16 MG	P	SP
Medicamentos quimioterapéuticos de rescate/antídotos/protectores		
dexrazoxane hcl	P	SP; PA
KHAPZORY 175 MG	P	SP; PA
leucovorin calcium TABS	P	
levoleucovorin calcium SOLN 250 MG/25ML	P	SP; PA
levoleucovorin calcium SOLR	P	SP; PA
mesna SOLN	P	SP; PA
mesna TABS	P	SP; PA
MESNEX SOLN (Use mesna)	NP	SP; PA
MESNEX TABS	P	SP; PA
VORAXAZE	P	SP; PA
Inhibidores mitóticos		
ABRAXANE (Use paclitaxel protein-bound particles)	NP	SP; PA
docetaxel CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML	P	SP; PA
DOCETAXEL CONC 20 MG/ML, 80 MG/4ML, 160 MG/8ML (Use docetaxel)	NP	SP; PA
docetaxel SOLN	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN 20 MG/2ML, 80 MG/8ML, 160 MG/16ML	P	SP; PA
DOCETAXEL SOLN (Use docetaxel)	NP	SP; PA
DOCIVYX SOLN	P	SP; PA
eribulin mesylate	P	SP; PA
etoposide CAPS	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
<i>etoposide SOLN 1 GM/50ML, 100 MG/5ML, 500 MG/25ML</i>	P	SP; PA	<i>amantadine hcl SOLN</i>	P	
HALAVEN (<i>Use eribulin mesylate</i>)	NP	SP; PA	APOKYN SOCT	P	SP; PA
IXEMPRA KIT	P	SP; PA	<i>apomorphine hydrochloride SOCT</i>	P	SP; PA
JEVTANA	P	SP; PA	<i>bromocriptine mesylate CAPS</i>	P	
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	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			DHIVY TABS	P	
IMLYGIC	P	SP; PA	GOCOVRI CP24	P	SP; PA
Inhibidores de la topoisomerasa I			PARLODEL CAPS (<i>Use bromocriptine mesylate</i>)	NP	
CAMPTOSAR (<i>Use irinotecan hcl</i>)	NP	SP; PA	PARLODEL TABS (<i>Use bromocriptine mesylate</i>)	NP	
HYCANTIN CAPS	P	SP; PA	<i>pramipexole dihydrochloride TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
HYCANTIN SOLR (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA	<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>irinotecan hcl</i>	P	SP; PA	<i>ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>topotecan hcl SOLN</i>	P	SP; PA	SINEMET TABS 100 MG-10 MG, 100 MG-25 MG (<i>Use carbidopa-levodopa</i>)	NP	
TOPOTECAN HCL SOLN (<i>Use topotecan hcl</i>)	NP	SP; PA	Antiparkinsonianos inhibidores de la 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		
LODOSYN (<i>Use carbidopa</i>)	NP		<i>lithium</i>	P	
Anticolinérgicos antiparkinsonianos			<i>lithium carbonate CAPS</i>	P	
<i>benztropine mesylate TABS</i>	P		<i>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	
			<i>haloperidol lactate CONC</i>	P	
LATUDA (<i>Use lurasidone hcl</i>)	NP		<i>haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>lurasidone hcl</i>	P		<i>haloperidol TABS 20 MG</i>	P	
NUPLAZID CAPS	P	QL(1 cada día); PA	Dibenzapinas		
NUPLAZID TABS 10 MG	P	QL(1 cada día); PA	<i>clozapine TABS</i>	P	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>ziprasidone hcl</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)	CLOZARIL TABS (<i>Use clozapine</i>)	NP	QL(3 cada día); AL(AI menos 18 años)
Benzisoxazolas			<i>loxapine succinate</i>	P	QL(4 cada día)
ERZOFRI 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML	P	SP; PA	<i>olanzapine TABS 7.5 MG, 10 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
INVEGA HAFYERA	P	SP; PA	<i>olanzapine TABS 2.5 MG, 5 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
INVEGA SUSTENNA	P	SP; PA	<i>olanzapine TABS 15 MG, 20 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)
INVEGA TRINZA	P	SP; PA	<i>quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)
PERSERIS PRSY	P	SP; PA	<i>quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)
RISPERDAL CONSTA (<i>Use risperidone microspheres</i>)	NP	SP; PA	<i>quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
RISPERDAL SOLN (<i>Use risperidone</i>)	NP	QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años)	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años - hasta 17 años)
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 100 MG, 200 MG (<i>Use quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)
<i>risperidone microspheres</i>	P	SP; PA			
<i>risperidone SOLN</i>	P	QL(4 ML al día); AL(AI menos 5 años)			
<i>risperidone TABS</i>	P	QL(4 cada día); AL(AI menos 5 años)			
<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 300 MG, 400 MG (Use <i>quetiapine fumarate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	<i>aripiprazole</i> TABS	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ZYPREXA RELPREVV	P	SP; PA	<i>aripiprazole</i> TBDP	P	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)
ZYPREXA TABS 15 MG, 20 MG (Use <i>olanzapine</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 10 años)	ARISTADA	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 7.5 MG, 10 MG (Use <i>olanzapine</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 10 años)	ARISTADA INITIO	P	SP; PA
ZYPREXA TABS 2.5 MG, 5 MG (Use <i>olanzapine</i>)	NP	QL(4 cada día); AL(AI menos 10 años)	Tioxantenos		
Dihidroindolonas			<i>thiothixene</i>	P	QL(3 cada día)
<i>molindone hcl</i>	P	QL(4 cada día)	ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Fenotiazinas			Antisépticos y desinfectantes		
<i>chlorpromazine hcl</i> TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG	P	QL(3 cada día)	<i>formaldehyde</i> SOLN 10 %	P	QL(90 ML por surtido al por menor)
<i>chlorpromazine hcl</i> TABS 10 MG	P	QL(10 cada día)	Antisépticos con cloro		
<i>fluphenazine decanoate</i>	P		<i>chlorhexidine gluconate</i> SOLN EX 4 %	NP	
<i>fluphenazine hcl</i> TABS	P		<i>chlorhexidine gluconate</i> SOLN EX 4 %	P	OTC; QL(946 ML por surtido al por menor)
<i>perphenazine</i> TABS	P	QL(4 cada día)	HIBICLENS SOLN EX (Use <i>chlorhexidine gluconate</i>)	NP	
<i>prochlorperazine</i>	P		ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales		
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS	P		Antiretrovirales		
<i>thioridazine hcl</i>	P	QL(3 cada día)	<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	P	QL(1 cada día)
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS	P	QL(2 cada día)	<i>abacavir sulfate</i> SOLN	P	QL(30 ML al día)
Derivados de quinolinonas			<i>abacavir sulfate</i> TABS	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</i> CAPS 150 MG, 200 MG	P	QL(2 cada día)
ABILIFY TABS (Use <i>aripiprazole</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 6 años)	<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 300 MG	P	
<i>aripiprazole</i> SOLN PO	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 (Use <i>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 800 MG	P	QL(1 cada día); ST	etravirine 100 MG	P	QL(4 cada día)
darunavir TABS 600 MG	P	QL(2 cada día); ST	etravirine 200 MG	P	QL(2 cada día)
DELSTRIGO	P	QL(1 cada día)	fosamprenavir calcium TABS	P	QL(4 cada día)
DESCOVY 200 MG-25 MG	P	QL(1 cada día); PA	FUZEON SOLR	P	SP; PA
DESCOVY 120 MG-15 MG	P	QL(1 cada día); PA	GENVOYA	P	QL(1 cada día)
DOVATO	P		INTELENCE 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 200 MG	P	QL(1 cada día)	INTELENCE 25 MG	P	QL(4 cada día)
efavirenz CAPS 50 MG	P	QL(2 cada día)	ISENTRESS HD TABS	P	QL(2 cada día)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS CHEW 100 MG	P	QL(6 cada día)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	P	QL(1 cada día)	ISENTRESS CHEW 25 MG	P	QL(12 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 50 MG-200 MG	P	QL(6 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 25 MG-100 MG</i>	P	QL(4 cada día)	SELZENTRY TABS 300 MG (<i>Use maraviroc</i>)	NP	QL(4 cada día)
<i>maraviroc TABS 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 800 MG (<i>Use darunavir</i>)	NP	QL(1 cada día); ST	VIREAD POWD	P	QL(240 GM cada 30 días de venta al por menor)
PREZISTA TABS 150 MG	P	QL(3 cada día); ST	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG	P	QL(1 cada día)
PREZISTA TABS 75 MG	P	QL(2 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 300 MG (<i>Use atazanavir sulfate</i>)	NP		<i>zidovudine TABS</i>	P	QL(2 cada día)
REYATAZ CAPS 200 MG (<i>Use atazanavir sulfate</i>)	NP	QL(2 cada día)	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(Al menos 5 años)
VALCYTE TABS (Use <i>valganciclovir hcl</i>)	NP	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
<i>valganciclovir hcl</i> TABS	P	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
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)</i> CAPS	P	SP; PA	<i>carvedilol 3.125 MG, 6.25 MG, 12.5 MG</i>	P	QL(3 cada día)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200 MG	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</i> CAPS	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>acyclovir</i> SUSP	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)			
<i>acyclovir</i> TABS PO 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>acyclovir</i> TABS PO 400 MG	P	QL(3 cada día)			
<i>famciclovir</i>	P				
<i>valacyclovir hcl</i> 1 GM	P	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)			
<i>valacyclovir hcl</i> 500 MG	P	QL(2 cada día)			
VALTREX 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)			
VALTREX 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i>)	NP	QL(42 cada 21 días de venta al por menor)			
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 80 MG, 120 MG, 160 MG	P	QL(2 cada día)
LOPRESSOR TABS 100 MG (Use metoprolol tartrate)	NP	QL(4.5 cada día)	sotalol hcl TABS 240 MG	P	
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 100 MG	P	QL(4.5 cada día)	Bloqueadores de los canales de calcio		
metoprolol tartrate TABS 25 MG, 50 MG	P	QL(4 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 25 MG, 50 MG, 100 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(4 cada día)	CARDIZEM CD CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG (Use diltiazem hcl coated beads)	NP	QL(1 cada día)
TOPROL XL TB24 200 MG (Use metoprolol succinate)	NP	QL(2 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 240 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG</i>	P	QL(1 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)
NORVASC TABS (Use <i>amlodipine besylate</i>)	NP	QL(1 cada día)
PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use <i>nifedipine</i>)	NP	QL(1 cada día)
PROCARDIA XL TB24 60 MG (Use <i>nifedipine</i>)	NP	QL(2 cada día)
TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use <i>diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(1 cada día)
TIAZAC 240 MG (Use <i>diltiazem hcl extended release beads</i>)	NP	QL(2 cada día)
VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use <i>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)
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use <i>verapamil hcl</i>)	NP	QL(2 cada día)
VERELAN PM CP24 300 MG (Use <i>verapamil hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)
VERELAN CP24 (Use <i>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	
LANOXIN SOLN IJ (Use <i>digoxin</i>)	P	
LANOXIN TABS 125 MCG, 250 MCG (Use <i>digoxin</i>)	P	
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias		
Inhibidores de la miosina cardíaca		
CAMZYOS	P	SP; PA
Medicamentos cardiovasculares varios – combinaciones		
ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG, 26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (Use <i>sacubitril-valsartan</i>)	NP	QL(2 cada día)
<i>sacubitril-valsartan TABS</i>	P	QL(2 cada día)
Medicamentos contra la impotencia		
BI-MIX SOLR	P	PA
IFE-BIMIX 30/1 SOLN	P	PA
SUPER BI-MIX SOLR	P	PA
SUPER TRI-MIX SOLR	P	SP; PA
TRI-MIX SOLR	P	SP; PA
Vasodilatadores prostaglandínicos		
<i>epoprostenol sodium</i>	P	SP; PA
FLOLAN (Use <i>epoprostenol sodium</i>)	NP	SP; PA
ORENITRAM TBCR	P	SP; PA
TYVASO REFILL KIT SOLN IN	P	SP; PA
TYVASO STARTER KIT SOLN IN	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
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			YASMIN 28 (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 cada día)
PROMETHAZINE HCL POWD	P	PA	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	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		NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)	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		PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc))	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		DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	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 TBPk (Use methylprednisolone)	NP	
Anticonceptivos de progestina - orales			methylprednisolone TABS 4 MG, 8 MG	P	
norethindrone (contraceptive)	P		methylprednisolone TBPk	P	
OPILL	P		PEDIAPRED SOLN (Use prednisolone sodium phosphate)	NP	
OPILL	NP		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		PREDNISONE 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 TBPk	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 200 MG	P	QL(30 cada 30 días de venta al por menor); 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 100 MG</i>	P	AL(AI menos 10 años - 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 COUGH CHILDRENS SUER (Use <i>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)
DELSYM SUER (Use <i>dextromethorphan polistirex</i>)	NP	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); 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 24 HOUR TB24 (Use <i>loratadine & pseudoephedrine</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años)
HYCODAN SOLN (Use <i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide</i>)	NP	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide SOLN</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-doxylamine-acetaminophen LIQD</i>	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-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)
TRIAMINIC LONG ACTING COUGH LIQD (Use <i>dextromethorphan hbr</i>)	NP	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); 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)
Combinaciones para la tos, el resfriado y las alergias			<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)
ADVIL COLD/SINUS TABS (Use <i>pseudoephedrine-ibuprofen</i>)	NP	OTC; 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>brompheniramine & phenyleph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-guaifenesin TB12 600 MG-30 MG</i>	P	QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
<i>brompheniramine & pseudoeph ELIX</i>	P	OTC; QL(120 ML cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)	<i>dextromethorphan-phenylephrine-acetaminophen CAPS</i>	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
			DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS	P	OTC; 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
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)	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
MUCINEX D TB12 (Use <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>)	NP	QL(210 por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS	P	OTC; QL(240 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)	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); 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)			
<i>phenylephrine-dm SOLN</i>	P	OTC; 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
SCOT-TUSSIN DM LIQD	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años)
SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD	P	OTC; AL(Hasta 21 años)
WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS (Use <i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	NP	AL(Hasta 21 años)
Expectorantes		
GERI-TUSSIN SYRP	P	OTC; QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin</i> LIQD	P	QL(240 ML cada 7 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin</i> TB12 600 MG	P	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
<i>guaifenesin</i> TB12 1200 MG	P	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	OTC; QL(2 cada día); AL(Hasta 21 años)
MUCINEX TB12 (Use <i>guaifenesin</i>)	NP	QL(40 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 21 años)
Inhalantes respiratorios - varios		
<i>sodium chloride (inhalant)</i> AERS	P	OTC; QL(240 ML por surtido al por menor)
<i>sodium chloride (inhalant)</i> NEBU 0.9 %, 3 %, 10 %	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Mucolíticos		
<i>acetylcysteine</i> SOLN	P	
DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel		
Productos contra el acné		
ABSORICA 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use <i>isotretinoin</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 12 años); PA
BENZAC AC WASH LIQD 5 %	P	RX/OTC
<i>benzoyl peroxide</i> BAR	P	
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5 %, 5 %, 10 %	P	
BENZOYL PEROXIDE GEL	P	
<i>benzoyl peroxide</i> LIQD 4 %, 5 %, 10 %	P	
<i>benzoyl peroxide</i> LOTN 5 %, 10 %	P	OTC
BENZOYL PEROXIDE LOTN 5 %, 10 %	P	OTC
CLEOCIN-T LOTN (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i>)	NP	
CLINDAGEL GEL (Use <i>clindamycin phosphate (topical)</i>)	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN	P	
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN	P	
DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use <i>benzoyl peroxide</i>)	NP	RX/OTC
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>erythromycin (acne aid)</i> 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 0.025 %</i>	P	AL(Hasta 35 años)	<i>econazole nitrate CREA</i>	P	QL(30 GM por surtido al por menor)
<i>tretinoin GEL 0.01 %</i>	P	QL(15 GM por surtido al por menor); 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 (Use miconazole nitrate (topical))	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)	EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical))	NP	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
miconazole nitrate (topical) CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	fluorouracil (topical) CREA 5 %	P	QL(40 GM cada 30 días de venta al por menor)
NIZORAL SHAM	P	OTC	fluorouracil (topical) CREA 0.5 %	P	
nystatin (topical) CREA	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	fluorouracil (topical) SOLN	P	QL(10 ML cada 30 días de venta al por menor)
nystatin (topical) OINT	P	QL(30 GM por surtido al por menor)	LEVULAN KERASTICK SOLR	P	SP; PA
nystatin (topical) POWD EX	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	TARGRETIN (Use bexarotene (topical))	NP	SP; PA
nystatin-triamcinolone CREA	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	VALCHLOR	P	SP; PA
nystatin-triamcinolone OINT	P	QL(60 GM por surtido al por menor)	Antipruriginosos - tópicos		
terbinafine hcl (topical) CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	camphor & menthol LOTN	P	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)
TINACTIN CREA (Use tolnaftate)	NP	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	SARNA LOTN (Use camphor & menthol)	NP	OTC; QL(222 ML por surtido al por menor)
tolnaftate CREA	P	OTC; QL(30 GM por surtido al por menor)	Antipsoriásicos		
Antihistamínicos tópicos			calcipotriene CREA	P	
ITCH RELIEF CREA	P	OTC	calcipotriene 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
diclofenac sodium (topical) GEL EX	P	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
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical))	NP	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
Medicamentos antineoplásicos o para lesiones premalignas - tópicos			PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
bexarotene (topical)	P	SP; PA	SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA
CARAC CREA (Use fluorouracil (topical))	NP		STEQEYMA	P	SP; PA
			TALTZ SOAJ	P	SP; PA
			TALTZ SOSY	P	SP; PA
			tazarotene CREA	P	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)
			tazarotene GEL	P	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 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
TAZORAC CREA (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(2 GM al día); AL(Hasta 20 años)	SELSUN BLUE LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)
TAZORAC GEL (<i>Use tazarotene</i>)	NP	QL(6.67 GM al día); AL(Hasta 20 años)	<i>sulfacetamide sodium LIQD</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
USTEKINUMAB-AAUZ SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA	Antivirales - tópicos		
USTEKINUMAB-AEKN SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	P	SP; PA	<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP	<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML	P	SP; PA	ZOVIRAX CREA (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(5 GM por surtido al por menor)
YESINTEK SOSY	P	SP; PA	ZOVIRAX OINT (<i>Use acyclovir topical</i>)	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
Productos antiseborreicos			Productos para quemaduras		
OVACE PLUS WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)	SILVADENE (<i>Use silver sulfadiazine</i>)	NP	
OVACE WASH LIQD (<i>Use sulfacetamide sodium</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)	<i>silver sulfadiazine</i>	P	
<i>selenium sulfide LOTN 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)	Corticosteroides - tópicos		
<i>selenium sulfide LOTN 2.5 %</i>	P		<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i>	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor
<i>selenium sulfide SHAM 1 %</i>	P	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)	<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i>	P	QL(50 GM 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)	<i>betamethasone valerate CREA</i>	P	
SELSUN BLUE DAILY LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)	<i>betamethasone valerate LOTN</i>	P	
SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)	<i>betamethasone valerate OINT</i>	P	
SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (<i>Use selenium sulfide</i>)	NP	OTC; QL(420 ML por surtido al por menor)	<i>clobetasol propionate emollient base 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
			<i>clobetasol propionate CREA 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
			<i>clobetasol propionate GEL 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
			<i>clobetasol propionate OINT 0.05 %</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
			<i>clobetasol propionate SOLN 0.05 %</i>	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 0.05 %	P		HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK	NP	
desoximetasone CREA 0.25 %	P	QL(2 GM al día)	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 0.25 % (Use desoximetasone)	NP	QL(2 GM al día)
fluocinolone acetonide OIL	P	QL(118.28 ML por surtido al por menor)	TOPICORT CREA 0.05 % (Use desoximetasone)	NP	
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 0.5 %	P	OTC	CIBINQO	P	SP; PA
hydrocortisone (topical) CREA 1 %	P	QL(454 GM por surtido al por menor); RX/OTC	Medicamentos emolientes/queratolíticos		
hydrocortisone (topical) CREA 2.5 %	P		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 0.1 %</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>capsaicin CREA 0.035 %</i>	P	OTC; QL(42.5 ML 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 3 %</i>	P	QL(453.6 GM por surtido al por menor); RX/OTC
<i>lidocaine hcl CREA 4 %</i>	P	OTC; QL(2 GM al día)
<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

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 SHEE	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	P	QL(2 por surtido al por menor)
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO			COVID-19 AT-HOME TEST KIT	NP	
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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP	NP	RX/OTC	<i>furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML</i>	P	
VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP	NP	RX/OTC	<i>furosemide TABS</i>	P	
DIGESTIVOS DE AYUDA - Medicamentos para tratar las enzimas digestivas bajas			<i>LASIX TABS (Use furosemide)</i>	NP	
Enzimas digestivas			<i>SOAANZ TABS 20 MG</i>	NP	QL(1 cada día)
CREON CPEP	P	PA inteligente (Smart PA)	<i>torsemide TABS</i>	P	QL(1 cada día)
DIURÉTICOS - Medicamentos para tratar enfermedades del corazón, la circulación y la presión arterial			Diuréticos ahorradores de potasio		
Inhibidores de la anhidrasa carbónica			<i>ALDACTONE TABS (Use spironolactone)</i>	NP	
<i>acetazolamide CP12</i>	P		<i>amiloride hcl TABS</i>	P	QL(4 cada día)
<i>acetazolamide TABS</i>	P		<i>spironolactone TABS</i>	P	
<i>dichlorphenamide</i>	P	SP; PA	Tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas		
<i>KEVEYIS (Use dichlorphenamide)</i>	NP	SP; PA	<i>chlorthalidone 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>methazolamide TABS</i>	P		<i>hydrochlorothiazide CAPS</i>	P	
Combinaciones de diuréticos			<i>hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG</i>	P	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	P	QL(1 cada día)	<i>indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG</i>	P	
<i>MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide)</i>	NP		<i>metolazone</i>	P	
<i>MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide)</i>	NP		MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – VARIOS - Medicamentos para tratar enfermedades óseas y regular las hormonas		
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	P		Inhibidores de los esteroides adrenales		
<i>triamterene & hydrochlorothiazide CAPS 25 MG-37.5 MG</i>	P		<i>ISTURISA 1 MG, 5 MG</i>	P	SP; PA
<i>triamterene & hydrochlorothiazide TABS</i>	P		<i>RECORLEV</i>	P	SP; PA
Diuréticos de asa			Reguladores de la densidad ósea		
<i>bumetanide TABS</i>	P		<i>ACTONEL TABS 35 MG (Use risedronate sodium)</i>	NP	QL(4 por surtido al por menor); PA
<i>BUMEX TABS 0.5 MG (Use bumetanide)</i>	NP		<i>alendronate sodium SOLN</i>	P	QL(10.8 ML al día)
			<i>alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG</i>	P	QL(0.15 cada día)
			<i>alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG</i>	P	QL(1 cada día)

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) IJ</i>	P	QL(2 ML por surtido al por menor)	GONAL-F RFF REDIJECT SOPN	P	PA
<i>calcitonin (salmon) NA</i>	P	1 paquete 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>cetorelix acetate</i>	P	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN	P	SP; PA	CETROTIDE (<i>Use cetorelix 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 5 MG, 30 MG</i>	P	QL(1 cada día); PA	Antagonistas de los receptores de la hormona del crecimiento		
<i>risedronate sodium TABS 35 MG</i>	P	QL(4 por surtido al por menor); 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 FLEXPPO 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 TBPK 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 TBPK 15 MG	P	SP; PA
ESTRÓGENOS - Medicamentos de reemplazo/modificación hormonal		
Combinaciones de estrógenos		
ACTIVELLA 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
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)
VIVELLE-DOT PTTW (<i>Use estradiol</i>)	NP	QL(8 por surtido al por menor)
FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100 MG	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG	P	
CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (<i>Use ciprofloxacin hcl</i>)	NP	
<i>levofloxacin</i> TABS	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin</i> 400 MG	P	QL(56 por surtido al por menor)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - VARIOS - Medicamentos gastrointestinales varios		
Antiflatulentos		
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (<i>Use simethicone</i>)	NP	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone</i> CHEW 80 MG	P	OTC
<i>simethicone</i> LIQD PO	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>simethicone</i> SUSP	P	OTC; QL(31 ML cada 30 días de venta al por menor)
Medicamentos contra los trastornos de la síntesis de ácidos biliares		
CTEXLI TABS PO 250 MG	P	SP; PA
Agonistas del Receptor Farnesoide X (FXR)		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
OCALIVA	P	QL(1 cada día); SP; PA
Medicamentos solubilizadores de cálculos biliares		
<i>chenodiol</i>	P	SP; PA
URSO 250 TABS (<i>Use ursodiol</i>)	NP	QL(7 cada día)
<i>ursodiol</i> CAPS	P	
<i>ursodiol</i> TABS 250 MG	P	QL(7 cada día)
Activadores de los canales de cloruro gastrointestinales		
AMITIZA (<i>Use lubiprostone</i>)	NP	PA
<i>lubiprostone</i>	P	PA
Estimulantes gastrointestinales		
GIMOTI SOLN NA	P	SP; PA
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN PO 5 MG/5ML, 10 MG/10ML	P	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS	P	
REGLAN TABS (<i>Use metoclopramide hcl</i>)	NP	
Inhibidores del transportador de ácidos biliares ileales (IBAT)		
BYLVAY (PELLETS) CPSP	P	SP; PA
BYLVAY CAPS	P	SP; PA
LIVMARLI	P	SP; PA
Medicamentos antiinflamatorios intestinales		
APRISO CP24 (<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 (Use mesalamine)	NP	
LIALDA TBEC (Use mesalamine)	NP	
mesalamine CP24	P	
mesalamine CPDR	P	
mesalamine ENEM	P	QL(60 ML al día)
mesalamine TBEC	P	
OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML	P	SP; PA
SFROWASA ENEM	P	
STEQEYMA	P	SP; PA
sulfasalazine TABS	P	
sulfasalazine TBEC	P	
USTEKINUMAB-TTWE	NP	SP
Acidificadores intestinales		
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	P	
Medicamentos aglutinantes de fosfatos		
<i>calcium acetate (phosphate binder) CAPS</i>	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 (alkalinizer) TBCR</i>	P	
<i>sodium citrate & citric acid</i>	P	QL(500 ML cada 30 días de venta al por menor); RX/OTC
<i>sodium citrate & citric acid</i>	NP	RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
UROCIT-K 10 TBCR (Use <i>potassium citrate (alkalinizer)</i>)	NP	
UROCIT-K 5 TBCR (Use <i>potassium citrate (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 (gu irrigant) 0.9 %</i>	P	
Medicamentos contra la hiperoxaluria		
OXLUMO	P	SP; PA
Medicamentos contra la hipertrofia prostática		
<i>finasteride</i>	P	QL(1 cada día)
PROSCAR (Use <i>finasteride</i>)	NP	QL(1 cada día)
<i>tamsulosin hcl</i>	P	QL(2 cada día)
Analgésicos urinarios		
<i>phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG</i>	P	
PYRIDIUM TABS (Use <i>phenazopyridine hcl</i>)	NP	
Medicamentos para cálculos urinarios		
THIOLA EC TBEC (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
THIOLA TABS (Use <i>tiopronin</i>)	NP	SP; PA
<i>tiopronin TABS</i>	P	SP; PA
<i>tiopronin TBEC</i>	P	SP; PA
Medicamentos para el reflujo vesicoureteral (RVU)		
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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RUCONEST	P	SP; PA	DEFITELIO	P	SP; PA
TAVNEOS	P	SP; PA	MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos		
Medicamentos hemorreológicos			Medicamentos contra la enfermedad de Gaucher		
<i>pentoxifylline</i>	P		CERDELGA	P	SP; PA
Hemín			CEREZYME 400 UNIT	P	SP; PA
PANHEMATIN 350 MG	P	SP; PA	<i>miglustat</i>	P	SP; PA
Proteína C humana			ZAVESCA (<i>Use miglustat</i>)	NP	SP; PA
CEPROTIN	P	SP; PA	Medicamentos contra la anemia de células falciformes		
Inhibidores de la calicreína plasmática			DROXIA CAPS	P	
KALBITOR	P	SP; PA	ENDARI (<i>Use glutamine (sickle cell)</i>)	NP	SP; PA
ORLADEYO	P	SP; PA	<i>glutamine (sickle cell)</i>	P	SP; PA
TAKHZYRO SOLN	P	SP; PA	OXBRYTA TABS 500 MG	P	PA
TAKHZYRO SOSY	P	SP; PA	OXBRYTA TBSO	P	PA
Proteínas plasmáticas			SIKLOS TABS	P	PA
RYPLAZIM	P	SP; PA	Cobalaminas		
THROMBATE III	P	SP; PA	<i>cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML</i>	P	QL(10 ML cada 270 días de venta al por menor)
Inhibidores de la agregación plaquetaria			Ácido fólico/folatos		
BRILINTA 60 MG, 90 MG (<i>Use ticagrelor</i>)	NP	QL(2 cada día)	<i>folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
CABLIVI	P	SP; PA	<i>folic acid TABS 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>cilostazol</i>	P	QL(2 cada día)	Factores de crecimiento hematopoyético		
<i>clopidogrel bisulfate 75 MG</i>	P		LEUKINE SOLR IJ	P	SP; PA
<i>dipyridamole</i>	P		NYVEPRIA	P	SP; PA
EFFIENT (<i>Use prasugrel hcl</i>)	NP	QL(1 cada día)	RETACRIT	P	SP; PA
PLAVIX 75 MG (<i>Use clopidogrel bisulfate</i>)	NP		ZARXIO	P	SP; PA
<i>prasugrel hcl</i>	P	QL(1 cada día)	Mezclas hematopoyéticas		
<i>ticagrelor 60 MG, 90 MG</i>	P	QL(2 cada día)	<i>ferrous fumarate-fa-b complex-c-zn-mg-mn-cu TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Activadores de la piruvato cinasa			HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS	P	QL(1 cada día)
PYRUKYND TAPER PACK TBPB	P	SP; PA			
PYRUKYND TABS	P	SP; PA			
Medicamentos trombolíticos - varios					

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
Suplementos de hierro		
FER-IN-SOL SOLN (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; QL(3.4 ML al día)
FERRETT'S TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
<i>ferrous fumarate</i> TABS	P	OTC; QL(2 cada día)
FERROUS GLUCONATE TABS 324 MG	P	OTC; QL(100 cada 30 días de venta al por menor); AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 220 MG/5ML, 300 MG/6.8ML	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 15 MG/ML, 15 MG/ML	P	OTC; QL(3.4 ML al día)
<i>ferrous sulfate</i> TABS 325 MG, 65 MG, 325 MG	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
<i>ferrous sulfate</i> TBEC	P	OTC; AL(Hasta 50 años)
FERROUS SULFATE TBEC (<i>Use ferrous sulfate</i>)	NP	OTC; AL(Hasta 50 años)
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW	P	OTC
IRON TABS 28 MG	P	OTC
<i>polysaccharide iron complex</i> CAPS	P	QL(1 cada día)
Movilizadores de células madre		
MOZOBIL (<i>Use plerixafor</i>)	NP	SP; PA
<i>plerixafor</i>	P	SP; PA
HEMOSTÁTICOS - Medicamentos para detener hemorragias/tratamiento de trastornos sanguíneos		
Hemostáticos - sistémicos		
<i>aminocaproic acid</i> SOLN IV 250 MG/ML	P	SP; PA
<i>aminocaproic acid</i> SOLN PO 0.25 GM/ML	P	QL(236.5 ML cada 30 días de venta al por menor); SP
<i>aminocaproic acid</i> TABS 1000 MG	P	SP; PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>aminocaproic acid</i> TABS 500 MG	P	QL(24 por surtido al por menor); SP
<i>tranexamic acid</i> TABS	P	QL(30 cada 7 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)
MEDICAMENTOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/ TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Antihistamínicos hipnóticos		
<i>diphenhydramine hcl (sleep)</i> CAPS 50 MG	P	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep)</i> TABS 25 MG	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>diphenhydramine hcl (sleep)</i> TABS 50 MG	P	OTC
<i>doxylamine succinate (sleep)</i>	P	OTC
UNISOM SLEEPGELS CAPS (<i>Use diphenhydramine hcl (sleep)</i>)	NP	OTC
UNISOM SLEEPTABS (<i>Use doxylamine succinate (sleep)</i>)	NP	OTC
Hipnóticos barbitúricos		
<i>phenobarbital</i> ELIX	P	
<i>phenobarbital</i> TABS	P	
Hipnóticos no barbitúricos		
AMBIEN TABS (<i>Use zolpidem tartrate</i>)	NP	QL(14 cada 31 días de venta al por menor); AL(AI menos 21 años)
<i>flurazepam hcl</i>	P	AL(AI menos 18 años - hasta 65 años)
HALCION 0.25 MG (<i>Use triazolam</i>)	NP	QL(1 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>midazolam hcl</i> SOLN IJ	P	
MIDAZOLAM HCL SOLN IJ	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
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 43 %	NP		SORBITOL PO 70 %	P	OTC
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 58.6 %, 100 %	P	OTC	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 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>bisacodyl SUPP</i>	P	OTC; QL(12 por surtido al por menor)	<i>azithromycin TABS 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido 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 250 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
COLACE CAPS 100 MG (<i>Use docusate sodium</i>)	NP	OTC; QL(3 cada día)	<i>clarithromycin SUSR 125 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>docusate sodium CAPS 100 MG, 250 MG</i>	P	OTC; QL(3 cada día)	<i>clarithromycin TABS</i>	P	QL(28 por surtido al por menor)
<i>docusate sodium CAPS 50 MG</i>	P	OTC	<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 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)	<i>erythromycin ethylsuccinate SUSR</i>	P	
			<i>erythromycin ethylsuccinate 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
<i>erythromycin stearate</i> TABS 250 MG	P	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Vendas-Apósitos-Adhesivos		
GAUZE SPONGES	P	RX/OTC
Anticonceptivos		
CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días de venta al por menor); OTC
Suministros para diabéticos		
ACCU-CHEK AVIVA SOLN	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)
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; 1 cada 365 días por correo); RX/OTC
ACCU-CHEK GUIDE KIT	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor; 1 cada 365 días por correo); RX/OTC
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLN	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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
AGAMATRIX CONTROL NORMAL/HIGH SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE 3 CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL 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)
ASSURE II CONTROL LIQD	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN	P	QL(1 cada 90 días de venta al por menor; 1 cada 90 días por correo)
ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 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
BLULINK CONTROL HIGH & LOW 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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	NP	
AUM PEN NEEDLE	NP	RX/OTC	SURE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
BD PEN NEEDLES	P	QL (5 cada día); OTC	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
DROPLET PEN NEEDLES	NP		TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	P	QL(5 cada día)	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EASY COMFORT PEN NEEDLES	NP		ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	P	RX/OTC	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	P	RX/OTC	UNIFINE PENTIPS	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	NP	RX/OTC	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	NP	RX/OTC	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	P	RX/OTC	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	P		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	NP	RX/OTC
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	NP		Suministros para terapia respiratoria		
EMBRACE PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
GNP PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ACTIVITY POUCH MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
INSULIN SYRINGES	P	QL (5 cada día); OTC	ADAPTER PED DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
INSULIN SYRINGES-MISC	P	QL (5 cada día); RX/OTC	ADULT AEROSOL MASK MISC	P	QL(1 cada 360 días de venta al por menor); RX/OTC
INSUPEN PEN NEEDLES	NP	RX/OTC	ADULT DISPOSABLE MISC	P	QL(1 cada 180 días de venta al por menor); RX/OTC
INSUPEN32G EXTR3ME	NP				
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	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
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 10 MCG-600 MG, 20 MCG-600 MG, 400 UNIT-600 MG, 800 UNIT-600 MG</i>	P	QL(2 cada día)
<i>sumatriptan</i>	P	QL(6 cada 30 días de venta al por menor); AL(AI menos 12 años)	<i>calcium carbonate-cholecalciferol TABS 200 UNIT-500 MG, 5 MCG-500 MG, 500 MG-5 MCG</i>	P	OTC
<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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride CPCR</i> 10 MEQ	P		<i>azathioprine TABS</i> 50 MG	P	
<i>potassium chloride CPCR</i> 8 MEQ	P	QL(1 cada día)	<i>azathioprine TABS</i> 75 MG, 100 MG	P	PA
<i>potassium chloride PACK</i> PO 20 MEQ	P		CELLCEPT CAPS (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>potassium chloride SOLN</i> PO 10 %, 20 %, 10 %	P		CELLCEPT SUSR (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
<i>potassium chloride TBCR</i> 8 MEQ, 10 MEQ	P		CELLCEPT TABS (Use <i>mycophenolate mofetil</i>)	NP	
Zinc			<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS	P	
<i>zinc sulfate CAPS</i>	P	QL(100 por surtido al por menor)	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> SOLN	P	
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS			<i>cyclosporine CAPS</i>	P	
Tejido alogénico			<i>cyclosporine SOLN IV</i> 50 MG/ML	P	
RETHYMIC	P	SP; PA	ENSPRYNG	P	SP; PA
Agentes quelantes			GAMIFANT	P	SP; PA
DEPEN TITRATABS TABS (Use <i>penicillamine</i>)	NP		IMURAN TABS (Use <i>azathioprine</i>)	NP	
<i>penicillamine TABS</i>	P		LUPKYNIS	P	SP; PA
SYPRINE (Use <i>trientine hcl</i>)	NP	SP; PA	<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS	P	
<i>trientine hcl</i> 250 MG	P	SP; PA	<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR	P	
<i>trientine hcl</i> 500 MG	P	SP	<i>mycophenolate mofetil</i> TABS	P	
Enzimas			<i>mycophenolate sodium</i>	P	
XIAFLEX	P	SP; PA	MYFORTIC (Use <i>mycophenolate sodium</i>)	NP	
Medicamentos contra la incontinencia fecal			NEORAL CAPS (Use <i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
SOLESTA	P	SP; PA	NEORAL SOLN (Use <i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>)	NP	
Inmunomoduladores			NULOJIX	P	SP; PA
<i>lenalidomide</i>	P	SP; PA	PROGRAF CAPS (Use <i>tacrolimus</i>)	NP	
REVLIMID	P	SP; PA	PROGRAF PACK	P	PA
REZUROCK	P	SP; PA			
THALOMID	P	SP; PA			
VYVGART	P	SP; PA			
Medicamentos inmunosupresores					
ATGAM	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
RAPAMUNE SOLN (<i>Use sirolimus</i>)	NP		NYSTATIN (<i>Use nystatin (mouth-throat)</i>)	NP	QL(120 ML por surtido al por menor)
RAPAMUNE TABS (<i>Use sirolimus</i>)	NP		<i>nystatin (mouth-throat)</i>	P	QL(120 ML por surtido al por menor)
SANDIMMUNE CAPS (<i>Use cyclosporine</i>)	NP		Antisépticos - Bucales/Garganta		
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML	P		<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	P	
<i>sirolimus SOLN</i>	P		PERIDEX (<i>Use chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>)	NP	
<i>sirolimus TABS</i>	P		Productos dentales		
<i>tacrolimus CAPS</i>	P		PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
THYMOGLOBULIN	P	SP; PA	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
Medicamentos contra crecimientos en los ganglios linfáticos			PREVIDENT 5000 KIDS PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
SYLVANT	P	SP; PA	PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PSTE DT (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
Medicamentos del espectro del sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS)			PREVIDENT 5000 PLUS CREA (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	PA
VIJOICE TBPB	P	SP; PA	PREVIDENT GEL (<i>Use sodium fluoride (dental)</i>)	NP	
Medicamentos eliminadores de potasio			<i>sodium fluoride (dental) CREA</i>	P	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate POWD</i>	P		<i>sodium fluoride (dental) GEL</i>	P	
<i>sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML</i>	P		<i>sodium fluoride (dental) PSTE DT</i>	P	
Medicamentos para el tratamiento de la progeria			Productos periodontales		
ZOKINVY	P	SP; PA	ARESTIN	P	SP; PA
Medicamentos para tratar el lupus eritematoso sistémico			Esteroides - Bucales/Garganta/Dental		
BENLYSTA SOAJ	P	SP; PA	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
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					

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
Productos para la garganta - varios		
AQUORAL SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
CAPHOSOL SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
CVS DRY MOUTH SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
EQL DRY MOUTH ORAL RINSE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOI-STIR SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOUTH KOTE REMINT SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
MOUTH KOTE SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
NUMOISYN LIQD	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
ORAL RELIEF SPRAY SOLN	P	QL(900 ML por surtido al por menor); RX/OTC
<i>pilocarpine hcl (oral) 5 MG</i>	P	QL(6 cada día)
<i>SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl (oral))</i>	NP	QL(6 cada día)
MULTIVITAMINAS		
Vitaminas del complejo B		
<i>b-complex vitamins CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>b-complex vitamins TABS</i>	P	QL(1 cada día)
Complejo B con C		
<i>b complex w/ c CAPS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
Complejo B con ácido fólico		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>b-complex w/ c & folic acid CAPS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
<i>b-complex w/ c & folic acid TABS</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC
Multivitaminas con hierro		
DESTRESS-IRON TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
<i>multiple vitamins w/ iron TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día)
STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS	P	OTC; QL(1 cada día)
Multivitaminas con minerales		
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS	P	RX/OTC
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas		
ALTRIXA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ESTROFACTORS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
FOLAWISE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
FOLCYTEINE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
GENICIN VITA-Q TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MINCORA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTI VITAMIN W/D-3 TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MULTI VITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
<i>multiple vitamin TABS</i>	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN ADULT TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
NEOMULTIVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
NEVVITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
OMNICAP TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIALS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE DAILY ESSENTIAL TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
ONE-A-DAY MENS TABS (<i>Use multiple vitamin</i>)	NP	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
QUINTABS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
RELCARE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
THERA TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
THEREMS TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
TM-DAILY VITE TABS	P	OTC; QL(1 cada día); RX/OTC
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
Multivitaminas pediátricas con flúor y hierro		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>ped multivitamins w/fl & iron SOLN</i>	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con minerales		
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS	P	RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con flúor		
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG	P	RX/OTC
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLORIVA PLUS SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
FLOTREX CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN	P	QL(50 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC
MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG	P	RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.25 MG, 1 MG</i>	P	RX/OTC
<i>pediatric multivitamins w/fl CHEW 0.5 MG</i>	P	QL(1 cada día); AL(Hasta 21 años); RX/OTC

Georgia Medicaid

Actualizado: 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>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 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	P	SP; PA	LITTLE REMEDIES SALINE 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	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) 0.06 %</i>	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)
DUROLANE PRSY	P	SP; PA	<i>ipratropium bromide (nasal) 0.03 %</i>	P	QL(31 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 % (Use <i>epinephrine hcl (nasal)</i>)	NP	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

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
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	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)	BEVACIZUMAB IZ 2.75 MG/0.11ML	P	PA
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (<i>Use timolol maleate (ophth)</i>)	NP	QL(15 cada 30 días de venta al por menor)	EYLEA HD SOLN	P	SP; PA
Midriáticos ciclopléjicos			EYLEA SOLN	P	SP; PA
<i>atropine sulfate (ophthalmic) OINT</i>	P		EYLEA SOSY	P	SP; PA
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN</i>	P		LUCENTIS SOSY	P	SP; PA
ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (<i>Use atropine sulfate (ophthalmic)</i>)	NP		SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN	P	SP; PA
ATROPINE SULFATE SOLN 1 %	P		SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN	P	SP; PA
CYCLOGYL 2 %	P		VABYSMO SOLN	P	SP; PA
CYCLOGYL 0.5 %	P	QL(15 ML cada 30 días de venta al por menor)	Medicamentos adrenérgicos oftálmicos		
CYCLOGYL (<i>Use cyclopentolate hcl</i>)	NP		<i>apraclonidine hcl</i>	P	
<i>cyclopentolate hcl 1 %</i>	P		<i>brimonidine tartrate 0.2 %</i>	P	
<i>homatropine hbr</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)	Antiinfecciosos oftálmicos		
MYDRIACYL SOLN (<i>Use tropicamide</i>)	NP		<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	P	QL(4 GM cada 30 días de venta al por menor)
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 %</i>	P	QL(5 ML cada 30 días de venta al por menor)	<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	P	QL(4 GM 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)	CILOXAN OINT	P	
<i>tropicamide SOLN</i>	P		<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN</i>	P	
Mióticos			ERYTHROMYCIN	P	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 %</i>	P		<i>erythromycin (ophth)</i>	P	
Oftálmicos - Inhibidores de la angiogénesis			<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN</i>	P	
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	<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 % (Use <i>tetracaine hcl (ophth)</i>)	NP		<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	P	
TETRACAINE HCL 0.5 %	P		<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	NP	
<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	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - Medicamentos con anticuerpos para tratar la inmunodeficiencia			WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML	P	SP; PA
Sueros inmunitarios			XEMBIFY	P	SP; PA
BIVIGAM SOLN	P	SP; PA	Anticuerpos monoclonales		
CUTAQUIG	P	SP; PA	BEYFORTUS	P	SP; PA
CUVITRU SOLN	P	SP; PA	SYNAGIS SOLN	P	SP; PA
CYTOGAM SOLN	P	SP; PA	ZINPLAVA	P	SP; PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN	P	SP; PA	Medicamentos inmunizantes pasivos - combinaciones		
GAMASTAN IM	P	SP; PA	HYQVIA	P	SP; PA
GAMMAGARD	P	SP; PA	PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas		
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR	P	SP; PA	Aminopenicilinas		
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML	P	SP; PA	<i>amoxicillin CAPS</i>	P	
GAMMAPLEX SOLN	P	SP; PA	<i>amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG</i>	P	
GAMUNEX-C	P	SP; PA	<i>amoxicillin SUSR</i>	P	
HEPAGAM B SOLN IJ	P	SP; PA	<i>amoxicillin TABS 875 MG</i>	P	
HIZENTRA SOLN	P	SP; PA	<i>ampicillin CAPS 500 MG</i>	P	
HIZENTRA SOSY	P	SP; PA	Penicilinas naturales		
HYPERHEP B SOLN IM	P	SP; PA	<i>penicillin v potassium SOLR</i>	P	
HYPERRHO MINI-DOSE SOSY IM 250 UNIT	P	SP; PA	<i>penicillin v potassium TABS</i>	P	
HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT	P	SP	Combinaciones de penicilinas		
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate CHEW</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
NABI-HB SOLN IM	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
OCTAGAM SOLN	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
PANZYGA	P	SP; PA	<i>amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
PRIVIGEN SOLN	P	SP; PA			
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM	P	SP			
RHOPHYLAC SOSY IJ	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
<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
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	P	QL(4 cada día)
Medicamentos contra la fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC	P	QL(55 cada 365 días de venta al por menor); PA
SAVELLA TABS	P	QL(2 cada día); PA
Tratamiento farmacológico para los trastornos del movimiento		
<i>tetrabenazine</i>	P	SP; PA
XENAZINE (Use <i>tetrabenazine</i>)	NP	SP; PA
Medicamentos contra la esclerosis múltiple		
AMPYRA (Use <i>dalfampridine</i>)	NP	SP; PA
AUBAGIO (Use <i>teriflunomide</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
AVONEX PEN AJKT	P	SP; PA
AVONEX PREFILLED PSKT	P	SP; PA
COPAXONE SOSY (Use <i>glatiramer acetate</i>)	NP	SP
<i>dalfampridine</i>	P	SP; PA
<i>dimethyl fumarate CDPK</i>	P	SP
<i>dimethyl fumarate CPDR</i>	P	SP
<i> fingolimod hcl</i>	P	QL(1 cada día); SP
GILENYA (Use <i> fingolimod hcl</i>)	NP	QL(1 cada día); SP
<i>glatiramer acetate SOSY</i>	P	SP
PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ	P	SP; PA
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
REBIF SOSY	P	SP; PA
TECFIDERA CDPK (Use <i>dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
TECFIDERA CPDR (Use <i>dimethyl fumarate</i>)	NP	SP
<i>teriflunomide</i>	P	QL(1 cada día); SP
Medidas disuasorias para fumadores		
APO-VARENICLINE TABS	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	P	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK TABS (Use <i>varenicline tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Use <i>varenicline tartrate</i>)	NP	QL(53 por surtido al por menor); AL(AI menos 18 años)
CHANTIX TABS (Use <i>varenicline tartrate</i>)	NP	QL(2 cada día); AL(AI menos 18 años)
NICODERM CQ PT24 TD (Use <i>nicotine</i>)	NP	QL(1 cada día)
NICORETTE MINI LOZG (Use <i>nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
NICORETTE STARTER KIT GUM (Use <i>nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE GUM (Use <i>nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(24 cada día)
NICORETTE LOZG (Use <i>nicotine polacrilex</i>)	NP	QL(20 cada día)
<i>nicotine polacrilex GUM</i>	P	QL(24 cada día)
<i>nicotine polacrilex LOZG</i>	P	QL(20 cada día)
NICOTINE KIT	P	
<i>nicotine PT24 TD 7 MG/24HR, 14 MG/24HR, 21 MG/24HR</i>	P	QL(1 cada día)
NICOTROL NS SOLN	P	QL(4 ML al 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
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 5.8 MG	P	SP
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	P	SP; PA
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>	NP	
THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG	P		<i>hyoscyamine sulfate ELIX</i>	P	
TOXOIDES			HYOSCYAMINE SULFATE POWD	P	
Combinaciones de toxoides			<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	P	
ADACEL SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML</i>	NP	
ADACEL SUSY 2 LF/0.5ML-5 LF/0.5ML-15.5 MCG/0.5ML	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	NP	
BOOSTRIX SUSP	P		<i>hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG</i>	P	
BOOSTRIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	P	
DAPTACEL	P		<i>hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG</i>	NP	
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>	P	
PEDIARIX SUSY	P		<i>hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG</i>	NP	
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 10 MG</i>	P	OTC	OMEPRAZOLE 20MG TABLET	P	QL (1 cada día); OTC
<i>famotidine TABS 20 MG, 40 MG</i>	P	RX/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 20 MG</i>	P	QL(1 cada día)
PEPCID TABS (<i>Use famotidine</i>)	NP	RX/OTC	<i>pantoprazole sodium TBEC 40 MG</i>	P	QL(2 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			DENGVAIXIA	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 2 %	P	OTC; QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)	PREMARIN	P	QL(43 GM por surtido al por menor)
clotrimazole vaginal CREA 1 %	P	OTC; QL(45 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 200 MG	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)			
miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG	P	OTC; QL(7 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 0.15 MG/0.15ML	P	QL(2 por surtido al por menor; 4 cada 365 días de venta al por menor)	<i>ergocalciferol SOLN PO</i> 200 MCG/ML	P	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ	P	QL(2 por surtido al por menor; 4 surtidos máx. 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	QL(2 cada día)
<i>midodrine hcl</i>	P		VITAMIN E CAPS	P	OTC; 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	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) _____	26	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	CONTROL LIQD _____ 68	SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) AJKT . 3	ADVANCE MICRO-DRAW NORMAL LIQD _____ 68	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 4 SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) PSKT _____ 3	ADVATE _____ 63	AGAMATRIX CONTROL NORMAL/HIGH SOLN _____ 68
ADALIMUMAB-RYVK (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML _____ 3	ADVIL COLD/SINUS TABS (Use pseudoephedrine-ibuprofen) _____ 46	AIRDUO RESPICLICK 113/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADALIMUMAB-RYVK (2 PEN) AJKT . 3	ADVIL TABS (Use ibuprofen) _____ 4	AIRDUO RESPICLICK 232/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT _____ 3	ADVIN COVID-19 ANTIGEN TEST KIT _____ 55	AIRDUO RESPICLICK 55/14 AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11
ADAPTER PED DISPOSABLE MISC _____ 72	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE _____ 71	AIRS PEDIATRIC AEROSOL MASK MISC _____ 73
ADBRY SOSY _____ 52	ADYNOVATE _____ 63	AIRZONE PEAK FLOW METER _ 73
ADCETRIS _____ 30	AEROECLIPSE EZ TWIST TUBING MISC _____ 73	albuterol sulfate AERS _____ 11
ADCIRCA TABS (Use tadalafil (pulmonary hypertension)) _____ 43	AEROECLIPSE MASK LARGE MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU 0.083 % _____ 11
ADDERALL TABS (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1	AEROECLIPSE MASK MEDIUM MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML _____ 11
ADDERALL XR CP24 (Use amphetamine-dextroamphetamine) . 1	AEROECLIPSE MASK SMALL MISC _____ 73	albuterol sulfate NEBU _____ 11
ADEMPAS _____ 43	AEROTRACH PLUS MISC _____ 73	ALBUTEROL SULFATE NEBU _ 12
ADMELOG SOLN IJ _____ 20	AFINITOR DISPERZ TBSO (Use everolimus) _____ 32	albuterol sulfate SYRP _____ 12
ADMELOG SOLOSTAR SOPN _ 20	AFINITOR TABS (Use everolimus) 32	albuterol sulfate TABS _____ 12
ADRENALIN 0.1 % (Use epinephrine hcl (nasal)) _____ 85	AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY _____ 97	ALCOHOL PREP PADS-MISC _____ 71
ADTHYZA TABS 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG, 120 MG _____ 94	AFLURIA QUADRIVALENT SUSP 97	ALDACTONE TABS (Use spironolactone) _____ 57
ADULT AEROSOL MASK MISC _ 72	AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML _____ 97	ALDURAZIME _____ 59
ADULT DISPOSABLE MISC _____ 72	AFLURIA SUSP _____ 97	ALECENSA _____ 32
ADULT MASK LARGE MISC _____ 73	AFSTYLA 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 2500 UNIT _____ 63	alendronate sodium SOLN _____ 57
ADVAIR DISKUS AEPB (Use fluticasone-salmeterol) _____ 11	AGAMATRIX CONTROL LEVEL 2	alendronate sodium TABS 35 MG, 70 MG _____ 57
ADVANCE MICRO-DRAW		alendronate sodium TABS 5 MG, 10 MG _____ 57
		ALEVE ALL DAY STRONG TABS 220 MG (Use naproxen sodium) _____ 4

ALEVE TABS (Use naproxen sodium) _____ 4	400 MG/10ML-40 MG/10ML-400 MG/10ML _____ 9	ALLOGRAFT (HUMAN) SHEET .55
ALFERON N _____ 34	ALUMINUM HYDROXIDE GEL SUSP _____ 9	AMONDYS 45 _____ 85
ALIMTA SOLR (Use pemetrexed disodium) _____ 29	ALUNBRIG TABS _____ 32	amoxapine _____ 18
ALL FLOW 1000 PFT FILTER MISC . 73	ALUNBRIG TBPk _____ 32	amoxicillin & pot clavulanate CHEW . 90
ALLEGRA ALLERGY TABS 180 MG (Use fexofenadine hcl) _____ 23	amantadine hcl CAPS _____ 35	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML _____ 90
ALLEGRA ALLERGY TABS 60 MG (Use fexofenadine hcl) _____ 23	amantadine hcl SOLN _____ 35	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) _____ 65	amoxicillin & pot clavulanate SUSR 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML _____ 90
ALOCRIL _____ 89	ambrisentan _____ 43	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG 91
alogliptin benzoate _____ 19	amiloride & hydrochlorothiazide _____ 57	amoxicillin & pot clavulanate TABS 125 MG-875 MG _____ 91
alogliptin-metformin hcl _____ 18	amiloride hcl TABS _____ 57	amoxicillin & pot clavulanate TB12 91
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 _____ 65	amoxicillin CAPS _____ 90
ALOMIDE _____ 89	aminocaproic acid SOLN PO 0.25 GM/ML _____ 65	amoxicillin CHEW 125 MG, 250 MG . 90
ALORA PTTW 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR _____ 60	aminocaproic acid TABS 1000 MG 65	amoxicillin SUSR _____ 90
ALPHANATE SOLR _____ 63	aminocaproic acid TABS 500 MG .65	amoxicillin TABS 875 MG _____ 90
ALPHANINE SD 500 UNIT, 1000 UNIT, 1500 UNIT _____ 63	amiodarone hcl TABS 200 MG _____ 10	amoxicillin-clarithromycin w/ lansoprazole THPK _____ 96
alprazolam TABS _____ 10	AMITIZA (Use lubiprostone) _____ 61	amphetamine-dextroamphetamine CP24 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG _____ 1
ALPROLIX _____ 63	amitriptyline hcl TABS _____ 18	amphetamine-dextroamphetamine TABS _____ 1
ALTACE CAPS 1.25 MG, 5 MG, 10 MG (Use ramipril) _____ 25	AMLADEX TABS _____ 81	ampicillin CAPS 500 MG _____ 90
ALTRIXA TABS _____ 81	amlodipine besylate TABS _____ 41	AMPYRA (Use dalfampridine) _____ 93
alum & mag hydrox-simethicone LIQD _____ 9	amlodipine besylate-benazepril hcl 26	ANAFRANIL 75 MG (Use clomipramine hcl) _____ 18
alum & mag hydrox-simethicone SUSP 1200 MG/30ML-120 MG/30ML-1200 MG/30ML, 200 MG/5ML-20 MG/5ML-200 MG/5ML, _____	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil _____ 26	ANALPRAM HC LOTN EX _____ 8
	amlodipine besylate-valsartan _____ 26	
	amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide _____ 26	
	AMNIOTIC MEMBRANE	

ANALPRAM-HC LOTN EX _____	8	ARISTADA INITIO _____	37	ASSURE II CONTROL LIQD _____	68
ANAPROX DS TABS (Use naproxen sodium) _____	4	ARIXTRA (Use fondaparinux sodium) _____	12	ASSURE PRISM CONTROL LEVEL 1&2 SOLN _____	68
anastrozole _____	31	ARMOUR THYROID TABS _____	94	ASSURE PRO CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____	68
ANDEXXA 200 MG _____	21	ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT (Use fluticasone furoate (inhalation)) _____	11	ASSURE TITANIUM STRP _____	55
ANTIVERT CHEW (Use meclizine hcl) _____	22	AROMASIN (Use exemestane) _____	31	ATACAND (Use candesartan cilexetil) _____	25
ANUSOL-HC EX (Use hydrocortisone (rectal)) _____	8	arsenic trioxide _____	34	ATACAND HCT (Use candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide) _____	26
APLIGRAF DISK _____	55	ARZERRA _____	30	atazanavir sulfate CAPS 150 MG, 200 MG _____	37
APOKYN SOCT _____	35	ascorbic acid TABS _____	100	atazanavir sulfate CAPS 300 MG _____	37
apomorphine hydrochloride SOCT _____	35	ASMANEX HFA AERO _____	11	ATELVIA TBEC (Use risedronate sodium) _____	58
APO-VARENICLINE TABS _____	93	ASPARLAS _____	34	atenolol & chlorthalidone _____	26
apraclonidine hcl _____	87	aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide) _____	6	atenolol TABS _____	41
APRISO CP24 (Use mesalamine) _____	61	aspirin CHEW _____	6	ATGAM _____	79
APTIVUS CAPS _____	37	ASPIRIN SUPP 300 MG _____	6	ATIVAN TABS (Use lorazepam) _____	10
AQINJECT PEN NEEDLE _____	71	aspirin TABS 325 MG _____	6	atomoxetine hcl _____	1
AQUORAL SOLN _____	81	aspirin TBEC 81 MG, 325 MG _____	6	atorvastatin calcium TABS _____	24
ARALAST NP SOLR 500 MG, 1000 MG _____	94	ASSESS PEAK FLOW METER _____	73	atropine sulfate (ophthalmic) OINT _____	87
ARAVA (Use leflunomide) _____	5	ASSURE 3 CONTROL LIQD _____	68	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN _____	87
ARCALYST _____	4	ASSURE 4 CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____	68	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % (Use atropine sulfate (ophthalmic)) _____	87
ARESTIN _____	80	ASSURE CONTROL SOLUTION 2/3 LIQD _____	68	ATROPINE SULFATE SOLN 1 % _____	87
AREXVY _____	97	ASSURE DOSE NORM/HIGH CONTROL SOLN _____	68	ATROVENT HFA _____	10
ARICEPT TABS 5 MG, 10 MG (Use donepezil hydrochloride) _____	92	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES _____	72	AUBAGIO (Use teriflunomide) _____	93
ARIKAYCE _____	2	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES _____	72	AUGMENTIN ES-600 SUSR (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	91
ARIMIDEX (Use anastrozole) _____	31	ASSURE II CONTROL LEVEL 1 & 2 LIQD _____	68	AUGMENTIN SUSR 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML _____	91
aripiprazole SOLN PO _____	37				
aripiprazole TABS _____	37				
aripiprazole TBDP _____	37				
ARISTADA _____	37				

AUGMENTIN TABS 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) 91	AZOPT (Use brinzolamide) _____ 89	BD GLUCOSE CHEW _____ 19
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE _____ 72	AZOR (Use amlodipine besylate- olmesartan medoxomil) _____ 26	BD PEN NEEDLES _____ 72
AUM PEN NEEDLE _____ 72	AZULFIDINE EN-TABS TBEC (Use sulfasalazine) _____ 61	BELBUCA FILM _____ 8
AUVI-Q SOAJ 0.15 MG/0.15ML ____ 99	AZULFIDINE TABS (Use sulfasalazine) _____ 61	BELEODAQ _____ 32
AUVI-Q SOAJ 0.3 MG/0.3ML ____ 99	b complex w/ c CAPS _____ 81	BELRAPZO SOLN _____ 29
AVALIDE (Use irbesartan- hydrochlorothiazide) _____ 26	B-1 TABS _____ 100	BENADRYL ALLERGY CAPS (Use diphenhydramine hcl) _____ 22
AVAPRO 150 MG, 300 MG (Use irbesartan) _____ 25	BABY DDROPS LIQD PO (Use cholecalciferol) _____ 100	BENADRYL ALLERGY CHILDRENS LIQD (Use diphenhydramine hcl) . 22
AVEED SOLN _____ 8	bacitracin (ophthalmic) _____ 87	BENADRYL ALLERGY EXTRA STR TABS _____ 22
AVONEX PEN AJKT _____ 93	bacitracin (topical) OINT _____ 49	BENADRYL ALLERGY TABS (Use diphenhydramine hcl) _____ 22
AVONEX PREFILLED PSKT ____ 93	bacitracin zinc OINT _____ 49	BENADRYL ALLERGY ULTRATABS TABS (Use diphenhydramine hcl) . 22
AVSOLA _____ 61	bacitracin-polymyxin b (ophth) ____ 87	benazepril & hydrochlorothiazide . 26
AYVAKIT _____ 32	baclofen SOLN IT 10 MG/20ML, 40 MG/20ML, 20000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML _____ 83	benazepril hcl 40 MG _____ 25
azacitidine SUSR _____ 29	baclofen TABS _____ 84	benazepril hcl 5 MG, 10 MG, 20 MG . 25
azathioprine TABS 50 MG _____ 79	BACTRIM DS TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____ 27	BENDAMUSTINE HCL SOLN ____ 29
azathioprine TABS 75 MG, 100 MG 79	BACTRIM TABS (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____ 27	bendamustine hcl SOLR _____ 29
AZEDRA DOSIMETRIC _____ 34	balsalazide disodium CAPS _____ 61	BENDEKA SOLN _____ 29
AZEDRA THERAPEUTIC _____ 34	BALVERSA _____ 32	BENEFIX KIT _____ 63
azelastine hcl (ophth) _____ 89	BANZEL SUSP (Use rufinamide) . 13	BENICAR (Use olmesartan medoxomil) _____ 25
azelastine hcl 0.1 %, 137 MCG/SPRAY _____ 84	BANZEL TABS (Use rufinamide) _ 13	BENICAR HCT (Use olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide) 26
azelastine hcl 0.15 %, 205.5 MCG/SPRAY _____ 84	BAVENCIO _____ 30	BENLYSTA SOAJ _____ 80
azithromycin PACK _____ 67	BCG VACCINE _____ 97	BENLYSTA SOLR _____ 80
azithromycin SUSR _____ 67	b-complex vitamins CAPS _____ 81	BENLYSTA SOSY _____ 80
azithromycin TABS 250 MG _____ 67	b-complex vitamins TABS _____ 81	BENTYL SOLN IM (Use dicyclomine hcl) _____ 95
azithromycin TABS 500 MG _____ 67	b-complex w/ c & folic acid CAPS . 81	BENZAC AC WASH LIQD 5 % ____ 48
azithromycin TABS 600 MG _____ 67	b-complex w/ c & folic acid TABS . 81	

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

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

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

cefdinir SUSR _____	44	cetirizine-pseudoephedrine _____	46	cholecalciferol CAPS 1.25 MG, 1250 MCG, 50000 UNIT _____	100
cefixime CAPS _____	44	cetorelix acetate _____	58	cholecalciferol CAPS _____	100
cefprozil SUSR _____	43	CETROTIDE (Use cetorelix acetate)	58	cholecalciferol LIQD PO 10 MCG/ML, 400 UNIT/ML _____	100
cefprozil TABS _____	43	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK TABS (Use varenicline tartrate) .	93	cholecalciferol LIQD PO _____	100
ceftriaxone sodium IJ 1 GM, 250 MG, 500 MG _____	44	CHANTIX STARTING MONTH PAK TBPK (Use varenicline tartrate) __	93	cholestyramine light PACK _____	24
cefuroxime axetil TABS _____	43	CHANTIX TABS (Use varenicline tartrate) _____	93	cholestyramine light POWD _____	24
CELEXA TABS 10 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	CHEMET _____	21	cholestyramine PACK _____	24
CELEXA TABS 20 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	CHEMSTRIP K STRP _____	55	cholestyramine POWD _____	24
CELEXA TABS 40 MG (Use citalopram hydrobromide) _____	16	chenodiol _____	61	CHORIONIC GONADOTROPIN IM 58	
CELLCEPT CAPS (Use mycophenolate mofetil) _____	79	CHILDRENS ADVIL SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	CIBINQO _____	52
CELLCEPT SUSR (Use mycophenolate mofetil) _____	79	CHILDRENS MOTRIN SUSP 100 MG/5ML (Use ibuprofen) _____	4	cilostazol _____	64
CELLCEPT TABS (Use mycophenolate mofetil) _____	79	chlordiazepoxide hcl CAPS _____	10	CILOXAN OINT _____	87
CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD TABS _____	81	chlorhexidine gluconate (mouth-throat) _____	80	CIMDUO _____	37
cephalexin CAPS 250 MG, 500 MG 43		chlorhexidine gluconate SOLN EX 4 %	37	cimetidine hcl PO 300 MG/5ML __	95
cephalexin SUSR _____	43	chloroquine phosphate TABS 250 MG _____	28	cimetidine TABS _____	95
CEPROTIN _____	64	chloroquine phosphate TABS 500 MG _____	28	cinacalcet hcl _____	59
CERASPORT EX1 SOLN _____	78	chlorpheniramine maleate SYRP _	22	CINQAIR _____	10
CERASPORT SOLN _____	78	chlorpheniramine maleate TABS _	22	CINRYZE SOLR IV _____	63
CERDELGA _____	64	chlorpromazine hcl TABS 10 MG .	37	CIPRO TABS 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____	61
CEREZYME 400 UNIT _____	64	chlorpromazine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG _____	37	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN ____	87
cetirizine hcl CHEW _____	23	chlorthalidone 25 MG, 50 MG _____	57	ciprofloxacin hcl TABS 100 MG __	61
cetirizine hcl SOLN PO _____	23	chlorzoxazone TABS 500 MG ____	84	ciprofloxacin hcl TABS 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	61
cetirizine hcl SYRP PO 1 MG/ML .	23			ciprofloxacin-dexamethasone ____	89
cetirizine hcl TABS _____	23			cisplatin SOLN 50 MG/50ML, 100 MG/100ML, 200 MG/200ML _____	29
				CISPLATIN SOLR _____	29
				citalopram hydrobromide SOLN ____	16

citalopram hydrobromide TABS 10 MG _____ 16	CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____ 99	clonidine hcl (adhd) TB12 _____ 1
citalopram hydrobromide TABS 20 MG _____ 16	CLEOCIN-T LOTN (Use clindamycin phosphate (topical)) _____ 48	clonidine hcl TABS _____ 25
citalopram hydrobromide TABS 40 MG _____ 16	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER _____ 73	clopidogrel bisulfate 75 MG _____ 64
cladribine 10 MG/10ML _____ 29	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	clorazepate dipotassium TABS _____ 10
clarithromycin SUSR 125 MG/5ML 67	CLINDAGEL GEL (Use clindamycin phosphate (topical)) _____ 48	clotrimazole (topical) CREA _____ 49
clarithromycin SUSR 250 MG/5ML 67	clindamycin hcl 150 MG, 300 MG .28	clotrimazole (topical) SOLN _____ 49
clarithromycin TABS _____ 67	clindamycin palmitate hydrochloride .28	clotrimazole vaginal CREA 1 % _____ 99
clarithromycin TB24 _____ 67	clindamycin phosphate (topical) GEL .48	clotrimazole vaginal CREA 2 % _____ 99
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS SOLN (Use loratadine) _____ 23	clindamycin phosphate (topical) LOTN _____ 48	clotrimazole w/ betamethasone CREA _____ 49
CLARITIN REDITABS JUNIORS TBDP (Use loratadine) _____ 23	clindamycin phosphate (topical) SOLN _____ 48	clotrimazole w/ betamethasone LOTN _____ 49
CLARITIN REDITABS TBDP 10 MG (Use loratadine) _____ 23	clindamycin phosphate vaginal CREA _____ 99	clozapine TABS _____ 36
CLARITIN REDITABS TBDP 5 MG (Use loratadine) _____ 23	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT _____ 55	CLOZARIL TABS (Use clozapine) 36
CLARITIN SOLN (Use loratadine) .23	clobetasol propionate CREA 0.05 % .51	CO MONITOR REPLACEMENT PIECES MISC _____ 73
CLARITIN TABS (Use loratadine) .23	clobetasol propionate emollient base 0.05 % _____ 51	COAGADDEX _____ 63
CLARITIN-D 12 HOUR TB12 (Use loratadine & pseudoephedrine) _____ 46	clobetasol propionate GEL 0.05 % 51	coal tar extract SHAM 0.5 % _____ 54
CLARITIN-D 24 HOUR TB24 (Use loratadine & pseudoephedrine) _____ 46	clobetasol propionate OINT 0.05 % .51	COARTEM _____ 28
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME KIT _____ 55	clobetasol propionate SOLN 0.05 % .51	codeine sulfate TABS 30 MG _____ 6
clemastine fumarate TABS 1.34 MG .22	clomipramine hcl 75 MG _____ 18	CODEINE SULFATE TABS _____ 6
CLEMASZ TABS 2.68 MG (Use clemastine fumarate) _____ 22	clonazepam TABS _____ 13	COLACE CAPS 100 MG (Use docusate sodium) _____ 67
CLEOCIN (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____ 28		COLACE CLEAR CAPS (Use docusate sodium) _____ 67
CLEOCIN 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____ 28		COLAZAL CAPS (Use balsalazide disodium) _____ 61
		colchicine TABS _____ 63
		colchicine w/ probenecid _____ 63
		COLCRYS TABS (Use colchicine) 63
		COLD & FLU RELIEF NIGHTTIME D LIQD _____ 46

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	CTEXTI 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	CORGARD TABS 20 MG, 40 MG (Use nadolol) _____	41	CVS GLUCOSE _____	19
MCG/0.3ML _____	97	CORIFACT _____	63	CVS GLUCOSE CHEW _____	19
COMIRNATY SUSP _____	97	CORTEF TABS (Use hydrocortisone) _____	45	CVS LANOLIN CREA _____	53
COMIRNATY SUSY _____	97	CORTENEMA (Use hydrocortisone (intrarectal)) _____	8	CVS SOFT GLUCOSE CHEW _____	19
COMPLERA 200 MG-300 MG-25 MG (Use emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	38	CORTISONE ACETATE TABS _____	45	CVS TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRP _____	55
CONCERTA TBCR 18 MG, 27 MG, 54 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	CORTROSYN SOLR (Use cosyntropin) _____	55	cyanocobalamin SOLN IJ 1000 MCG/ML _____	64
CONCERTA TBCR 36 MG (Use methylphenidate hcl) _____	1	COSOPT (Use dorzolamide hcl-timolol maleate) _____	86	cyclobenzaprine hcl TABS 5 MG, 10 MG _____	84
CONDOMS-MISC _____	68	cosyntropin SOLR _____	55	cyclobenzaprine hcl TABS 7.5 MG _____	84
CONTOUR NEXT EZ KIT _____	69	COTELLIC _____	32	CYCLOGYL (Use cyclopentolate hcl) _____	87
CONTOUR NEXT GEN MONITOR KIT _____	69	COVID-19 AT HOME ANTIGEN TEST KIT _____	55	CYCLOGYL 0.5 % _____	87
		COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	55	CYCLOGYL 2 % _____	87
				cyclopentolate hcl 1 % _____	87
				CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1	

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

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

DIABETIC TUSSIN COLD/FLU CAPS _____	46	240 MG _____	41
DIACOMIT CAPS 250 MG _____	13	diltiazem hcl TABS _____	42
DIACOMIT CAPS 500 MG _____	13	dimenhydrinate TABS _____	22
DIACOMIT PACK 250 MG _____	13	dimethyl fumarate CDPK _____	93
DIACOMIT PACK 500 MG _____	13	dimethyl fumarate CPDR _____	93
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	13	DIOVAN HCT (Use valsartan-hydrochlorothiazide) _____	26
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG (Use diazepam (anticonvulsant)) _	13	DIOVAN TABS (Use valsartan) _	25
DIASTAT PEDIATRIC GEL (Use diazepam (anticonvulsant)) _____	13	diphenhydramine hcl (sleep) CAPS 50 MG _____	65
DIATHRIVE GLUCOSE CONTROL SOLN LIQD _____	69	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 25 MG _____	65
diazepam (anticonvulsant) GEL 10 MG _____	13	diphenhydramine hcl (sleep) TABS 50 MG _____	65
diazepam (anticonvulsant) GEL _	13	diphenhydramine hcl CAPS _____	23
diazepam SOLN PO 5 MG/5ML _	10	diphenhydramine hcl ELIX 12.5 MG/5ML _____	23
diazepam TABS _____	10	diphenhydramine hcl LIQD 12.5 MG/5ML, 25 MG/10ML, 50 MG/20ML _____	23
dibucaine _____	53	diphenhydramine hcl TABS 25 MG .	23
dichlorphenamide	57	diphenoxylate w/ atropine LIQD _	21
diclofenac potassium TABS 50 MG	4	diphenoxylate w/ atropine TABS _	21
diclofenac sodium (ophth) _____	89	dipyridamole _____	64
diclofenac sodium (topical) GEL EX .	50	disopyramide phosphate CAPS _	10
diclofenac sodium TBEC _____	4	DISPOSABLE FULL RANGE MISC .	73
dicloxacillin sodium _____	91	DISPOSABLE LOW RANGE MISC .	73
dicyclomine hcl CAPS _____	95	DISPOSABLE LOW RANGE/PEDIATRIC MISC _____	73
dicyclomine hcl SOLN PO _____	95	DISPOSABLE PAPER MISC _	73
dicyclomine hcl TABS _____	95	DISPOSABLE UNIVERSAL RANGE	
DIFFERIN CLEANSER LIQD (Use benzoyl peroxide) _____	48		
DIFLUCAN SUSR (Use fluconazole) .			
DIFLUCAN TABS 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	22		
DIFLUCAN TABS 150 MG (Use fluconazole) _____	22		
diflunisal TABS _____	6		
digoxin SOLN PO 0.05 MG/ML _	42		
digoxin TABS 125 MCG, 250 MCG .	42		
dihydroergotamine mesylate SOLN NA 4 MG/ML _____	76		
DILANTIN (Use phenytoin sodium extended) _____	14		
DILANTIN _____	14		
DILANTIN INFATABS CHEW (Use phenytoin) _____	15		
DILANTIN SUSP (Use phenytoin) ..	15		
DILANTIN-125 SUSP (Use phenytoin) _____	15		
DILAUDID TABS 2 MG, 4 MG (Use hydromorphone hcl) _____	6		
DILAUDID TABS 8 MG (Use hydromorphone hcl)	6		
diltiazem hcl coated beads CP24 120 MG, 180 MG, 300 MG _____	41		
diltiazem hcl coated beads CP24 240 MG _____	41		
diltiazem hcl CP12 _____	42		
diltiazem hcl CP24 120 MG, 180 MG .	42		
diltiazem hcl CP24 240 MG _____	42		
diltiazem hcl extended release beads 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG _____	41		
diltiazem hcl extended release beads			

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

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
EFUDEX CREA (Use fluorouracil (topical)) _____	50	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE STRP _____	56	ENSPRYNG _____	79
		EMCYT _____	31	ENTRESTO TABS 103 MG-97 MG, 26 MG-24 MG, 51 MG-49 MG (Use sacubitril-valsartan) _____	42

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

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 TABS 325 MG, 65 MG, 325 MG _____ 65
exenatide SOPN 5 MCG/0.02ML _ 19	FELDENE CAPS (Use piroxicam) _ 4	FERROUS SULFATE TBEC (Use ferrous sulfate) _____ 65
EXFORGE (Use amlodipine besylate-valsartan) _____ 26	felodipine _____ 42	ferrous sulfate TBEC _____ 65
EXFORGE HCT (Use amlodipine- valsartan-hydrochlorothiazide) ____ 26	FEMARA (Use letrozole) _____ 31	fesoterodine fumarate _____ 96
EXJADE TBSO (Use deferasirox) .21	fenofibrate micronized 134 MG, 200 MG _____ 24	FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP _____ 5
EXKIVITY _____ 31	fenofibrate micronized 67 MG ____ 24	fexofenadine hcl TABS 180 MG ____ 23
EXONDYS 51 _____ 85	fenofibrate TABS 160 MG ____ 24	fexofenadine hcl TABS 60 MG ____ 23
EXPIRATORY MOUTHPIECE MISC . 74	fenofibrate TABS 54 MG ____ 24	FIBRYGA _____ 63
EXSERVAN FILM _____ 85	FENOGLIDE TABS (Use fenofibrate) 24	FILTER AIR PP MISC _____ 74
EYLEA HD SOLN _____ 87	fenopropfen calcium CAPS 400 MG . 4	finasteride _____ 62
EYLEA SOLN _____ 87	FENSOLVI (6 MONTH) SC ____ 59	fingolimod hcl _____ 93
EYLEA SOSY _____ 87	fentanyl PT72 12 MCG/HR, 25 MCG/HR, 50 MCG/HR, 75 MCG/HR, 100 MCG/HR _____ 6	FINTEPLA _____ 13
ezetimibe _____ 24	FER-IN-SOL SOLN (Use ferrous sulfate) _____ 65	FIORICET/CODEINE 30 MG-40 MG- 50 MG-300 MG (Use butalbital- acetaminophen-caffeine w/ codeine) 7
ezetimibe-simvastatin _____ 24	FERRETTS TABS _____ 65	FIRAZYR SOSY (Use icatibant
famciclovir _____ 40		
famotidine SUSR _____ 95		

acetate) _____	63	FLOTREX CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82	FLULAVAL SUSY _____	98
FIRVANQ SOLR PO (Use vancomycin hcl) _____	27	FLOTREX CHEW 0.5 MG _____	82	FLUMIST _____	98
FLAVOR BLEND SUSP _____	91	FLOVENT DISKUS AEPB (Use fluticasone propionate (inhalation)) 11		FLUMIST QUADRIVALENT _____	98
FLAVOR PLUS LIQD _____	91	FLOVENT HFA (Use fluticasone propionate hfa) _____	11	flunisolide (nasal) _____	85
FLAVOR SWEET SYRP _____	91	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT _____	56	fluocinolone acetonide (otic) _____	89
FLAVOR SWEET-SF SYRP _____	91	FLUAD _____	97	fluocinolone acetonide OIL _____	52
flavoxate hcl _____	97	FLUAD QUADRIVALENT _____	97	fluocinonide CREA 0.05 % _____	52
FLEBOGAMMA DIF SOLN _____	90	FLUARIX QUADRIVALENT SUSY _____	97	fluocinonide emulsified base _____	52
flecainide acetate _____	10	FLUARIX SUSY _____	97	fluocinonide GEL _____	52
FLEET ENEMA ENEM (Use sodium phosphates) _____	66	FLUBLOK QUADRIVALENT _____	97	fluocinonide OINT _____	52
FLEET PEDIATRIC ENEM (Use sodium phosphates) _____	66	FLUBLOK SOSY _____	97	fluocinonide SOLN _____	52
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL _____	74	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____	98	fluorometholone (ophth) SUSP _____	88
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE _____	74	FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____	98	fluorouracil (topical) CREA 0.5 % _____	50
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL _____	74	FLUCELVAX SUSP _____	98	fluorouracil (topical) CREA 5 % _____	50
FLOLAN (Use epoprostenol sodium)	42	FLUCELVAX SUSY _____	98	fluorouracil (topical) SOLN _____	50
FLONASE ALLERGY REL CHILDRENS SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) _____	84	fluconazole SUSR _____	22	fluoxetine hcl CAPS 10 MG, 20 MG 16	
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP (Use fluticasone propionate (nasal)) 84		fluconazole TABS 100 MG, 200 MG 22		fluoxetine hcl CAPS 40 MG _____	16
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____	82	fluconazole TABS 150 MG _____	22	fluoxetine hcl SOLN _____	16
FLORAFOL PEDIATRIC CHEW 1 MG _____	82	fluconazole TABS 50 MG _____	22	fluoxetine hcl TABS 10 MG _____	16
FLORAFOL PEDIATRIC SOLN _____	82	fludarabine phosphate SOLN _____	29	fluoxetine hcl TABS 20 MG _____	16
FLORIVA PLUS SOLN _____	82	FLUDARABINE PHOSPHATE SOLN	29	fluphenazine decanoate _____	37
		fludarabine phosphate SOLR _____	30	fluphenazine hcl TABS _____	37
		fludrocortisone acetate TABS _____	45	flurazepam hcl _____	65
		FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY 98		flurbiprofen sodium _____	89
				flurbiprofen TABS _____	4
				fluticasone furoate (inhalation) 50 MCG/ACT, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT _____	11
				fluticasone propionate (inhalation) AEPB _____	11

fluticasone propionate (nasal) SUSP . 85	folic acid TABS 400 MCG, 800 MCG . 64	95000 UNIT/3.8ML _____ 12
fluticasone propionate CREA 0.05 % . 52	FOLLISTIM AQ SC 300 UNT/0.36ML, 600 UNT/0.72ML, 900 UNT/1.08ML _____ 58	FRAGMIN SOSY _____ 12
fluticasone propionate hfa 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT _____ 11	FOLOTYN _____ 30	FREESTYLE CONTROL SOLUTION LIQD _____ 70
fluticasone propionate hfa 44 MCG/ACT _____ 11	fondaparinux sodium _____ 12	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER _____ 70
fluticasone propionate OINT _____ 52	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONIT KIT _____ 69	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR _____ 70
fluticasone-salmeterol AEPB 100 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 250 MCG/ACT-50 MCG/ACT, 500 MCG/ACT-50 MCG/ACT _____ 12	FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____ 56	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR _____ 70
fluvoxamine maleate TABS 100 MG . 16	FONDCIRCLE ELECTRONIC PEAK FLO _____ 74	FREESTYLE LIBRE 2 READER . 70
fluvoxamine maleate TABS 25 MG, 50 MG _____ 16	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST STRP _____ 56	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR _ 70
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT _____ 98	FORA GTEL BLOOD KETONE TEST 56	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR _____ 70
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY ____ 98	FORA TEST N'GO ADV-VOICE-6 CON _____ 56	FREESTYLE LIBRE 3 READER . 70
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP . 98	FORA TN'G ADVANCE PRO STRP . 56	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR _ 70
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY . 98	FORFIVO XL TB24 (Use bupropion hcl) _____ 16	FT ELECTROLYTE SOLN _____ 78
FLUZONE SUSP _____ 98	formaldehyde SOLN 10 % _____ 37	FT GLUCOSE CHEW 4 GM _____ 19
FLUZONE SUSY _____ 98	FORTEO SOPN (Use teriparatide) 58	FT SALINE NASAL SPRAY SOLN 84
FLYP HYPERSONIQ CARTRIDGE MISC _____ 74	FORTISCARE G1 TEST STRIP STRP _____ 56	FULL KIT NEBULIZER SET MISC .74
FML LIQUIFILM SUSP (Use fluorometholone (ophth)) _____ 88	FOSAMAX TABS 70 MG (Use alendronate sodium) _____ 58	furosemide SOLN PO 8 MG/ML, 10 MG/ML _____ 57
FOCALIN TABS (Use dexmethylphenidate hcl) _____ 1	fosamprenavir calcium TABS _____ 38	furosemide TABS _____ 57
FOLAWISE TABS _____ 81	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide _____ 26	FUZEON SOLR _____ 38
FOLCYTEINE TABS _____ 81	fosinopril sodium _____ 25	FYARRO _____ 32
folic acid TABS 1 MG _____ 64	FOTIVDA _____ 32	gabapentin CAPS _____ 13
	FRAGMIN SOLN 10000 UNIT/4ML,	gabapentin SOLN _____ 13
		gabapentin TABS 600 MG _____ 13
		gabapentin TABS 800 MG _____ 13
		GABLOFEN SOLN IT (Use baclofen) .

84	GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN _____	70	
GABLOFEN SOLN IT 10000 MCG/20ML, 40000 MCG/20ML	84	GENICIN VITA-Q TABS _____	81	GLUCOSE 6 MG-4 GM _____	19
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
_____	90	GILOTRIF _____	31	GLYCERIN (ADULT) SUPP (Use glycerin (laxative))_____	66
GAMMAKED 1 GM/10ML, 5 GM/50ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML _____	90	GIMOTI SOLN NA _____	61	glycerin (laxative) SUPP 2 GM ____	66
GAMMAPLEX SOLN _____	90	ginger (zingiber officinalis) CAPS 250 MG _____	2	glycine diluent _____	91
GAMUNEX-C _____	90	GLASSIA SOLN _____	94	glycopyrrolate TABS 1 MG, 2 MG __	95
GANIRELIX ACETATE (Use ganirelix acetate) _____	58	glatiramer acetate SOSY _____	93	GLYNASE (Use glyburide micronized) _____	21
ganirelix acetate _____	58	GLEEVEC TABS (Use imatinib mesylate) _____	33	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW LIQD _____	70
GARDASIL 9 SUSP 0.5 ML _____	98	glimepiride 1 MG, 2 MG _____	20	GNP EASY TOUCH CONT HIGH/LOW SOLN _____	70
GARDASIL 9 SUSY 0.5 ML _____	98	glimepiride 4 MG _____	20	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST STRP _____	56
GAS RELIEF LIQD PO 40 MG/0.6ML _____	61	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
_____	61	glipizide TB24 _____	20	GNP GLUCOSE CHEW _____	19
GATTEX _____	62	glipizide-metformin hcl _____	18	GNP PEN NEEDLES _____	72
GAUZE SPONGES _____	68	GLUCAGON EMERGENCY SOLR IJ 1 MG (Use glucagon) _____	19		
GAVRETO _____	32	glucagon SOLR IJ 1 MG _____	19		
GAZYVA _____	30	GLUCO TO GO CHEW _____	19		
gefitinib _____	31	GLUCOCARD 01 CONTROL LIQD 70			
GEL-ONE _____	84	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLN _____	70		
GELSYN-3 SOSY _____	84				
gemfibrozil TABS _____	24				

GOCOVRI CP24 _____	35	HALCION 0.25 MG (Use triazolam) 65	HIZENTRA SOLN _____	90
GOJJI BLOOD KETONE TEST ____	56	HALDOL DECANOATE (Use haloperidol decanoate) _____	HIZENTRA SOSY _____	90
GOLYTELY SOLR (Use peg 3350- kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate) _____	66	haloperidol decanoate _____	homatropine hbr _____	87
GONAL-F RFF REDIRECT SOPN .	58	haloperidol lactate CONC _____	HULIO (2 PEN) AJKT _____	3
GONAL-F SOLR IJ 450 UNIT ____	58	haloperidol TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG, 10 MG _____	HULIO (2 SYRINGE) PSKT _____	3
GOODSENSE ELECTROLYTE ADV CARE SOLN _____	78	haloperidol TABS 20 MG _____	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML _____	20
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI KIT _____	56	HAVRIX IM 720 EL U/0.5ML, 1440 EL U/ML _____	HUMALOG SOLN IJ _____	20
GRAPE SYRUP SYRP _____	91	HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS TABS _____	HUMATE-P SOLR _____	63
griseofulvin microsize SUSP ____	22	HEMLIBRA 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML, 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML _____	HUMATROPE CART IJ _____	58
griseofulvin microsize TABS ____	22	HEMOPIL M SOLR 250 UNIT, 500 UNIT, 1000 UNIT, 1700 UNIT ____	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN 20	
griseofulvin ultramicrosize _____	22	HEMORRHOIDAL 0.25 %-85.5 %-3 %8	HUMULIN 70/30 SUSP _____	20
guaifenesin LIQD _____	48	HEPAGAM B SOLN IJ _____	HUMULIN N KWIKPEN SUPN ____	20
guaifenesin TB12 1200 MG ____	48	heparin sodium (porcine) SOLN IJ	HUMULIN N SUSP _____	20
guaifenesin TB12 600 MG ____	48	1000 UNIT/ML, 5000 UNIT/0.5ML, 5000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML _____	HUMULIN R SOLN IJ _____	20
guaifenesin-codeine SOLN _____	47	heparin sodium (porcine) SOLN IJ	HYALGAN SOLN _____	84
guaifenesin-codeine SYRP _____	47	1000 UNIT/ML _____	HYALGAN SOSY _____	84
guanfacine hcl (adhd) _____	1	HEPLISAV-B SOSY _____	HYCANTIN CAPS _____	35
guanfacine hcl _____	25	HERCEPTIN 150 MG _____	HYCANTIN SOLR (Use topotecan hcl) _____	35
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR . 70		HERCEPTIN HYLECTA _____	HYCODAN SOLN (Use hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide) _____	46
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED _____	70	HIBERIX SOLR IJ _____	hydralazine hcl TABS _____	27
GYNAZOLE-1 _____	99	HIBICLENS SOLN EX (Use chlorhexidine gluconate) _____	HYDRALYTE FREEZER POPS SOLN _____	78
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ ____	3	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS _____	HYDRALYTE SOLN _____	78
HADLIMA SOSY _____	3		HYDREA (Use hydroxyurea) ____	34
HAEGARDA SOLR SC _____	63		hydrochlorothiazide CAPS _____	57
HALAVEN (Use eribulin mesylate) 35			hydrochlorothiazide TABS 25 MG, 50 MG _____	57
			hydrocodone bitartrate-homatropine	

methylobromide SOLN _____ 46	MG _____ 6	HYZAAR (Use losartan potassium & hydrochlorothiazide) _____ 26
hydrocodone-acetaminophen SOLN 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____ 7	hydromorphone hcl TABS 8 MG____ 6	ibandronate sodium SOLN _____ 58
hydrocodone-acetaminophen SOLN 325 MG/15ML-10 MG/15ML _____ 7	hydroxychloroquine sulfate 200 MG . 28	IBRANCE CAPS _____ 33
hydrocodone-acetaminophen TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG _____ 7	hydroxyurea _____ 34	IBRANCE TABS _____ 33
HYDROCORT LOTION COMPLETE KIT THPK _____ 52	hydroxyzine hcl SYRP _____ 9	ibuprofen CHEW _____ 4
hydrocortisone (intrarectal) _____ 8	hydroxyzine hcl TABS _____ 9	ibuprofen lysine _____ 4
hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____ 8	hydroxyzine pamoate CAPS _____ 9	ibuprofen SUSP 100 MG/5ML, 200 MG/10ML _____ 4
hydrocortisone (rectal) EX 2.5 % _____ 8	HYMOVIS _____ 84	ibuprofen SUSP 40 MG/ML, 50 MG/1.25ML _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 0.5 % . 52	hyoscyamine sulfate ELIX _____ 95	ibuprofen TABS 200 MG _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 1 % . 52	HYOSCYAMINE SULFATE POWD . 95	ibuprofen TABS 400 MG, 600 MG, 800 MG _____ 4
hydrocortisone (topical) CREA 2.5 % . 52	hyoscyamine sulfate SOLN PO 0.125 MG/ML _____ 95	icatibant acetate SOSY _____ 63
hydrocortisone (topical) LOTN 1 % . 52	hyoscyamine sulfate SUBL 0.125 MG _____ 95	ICLUSIG _____ 33
hydrocortisone (topical) LOTN 2.5 % . 52	hyoscyamine sulfate TABS 0.125 MG _____ 95	IDELVION _____ 63
hydrocortisone (topical) OINT 1 %, 2.5 % _____ 52	hyoscyamine sulfate TB12 0.375 MG . 95	IDHIFA _____ 33
hydrocortisone butyrate SOLN _____ 52	hyoscyamine sulfate TBDP 0.125 MG _____ 95	IFE-BIMIX 30/1 SOLN _____ 42
HYDROCORTISONE COMPLETE KIT THPK _____ 52	HYPERHEP B SOLN IM _____ 90	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR STRP _____ 56
hydrocortisone TABS _____ 45	HYPERRHO MINI-DOSE SOSY IM 250 UNIT _____ 90	IHEALTH CONTROL SOLUTION LIQD _____ 70
hydrocortisone vaginal _____ 99	HYPERRHO SOSY IM 1500 UNIT 90	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT _____ 56
hydrocortisone w/acetic acid _____ 89	HYQVIA _____ 90	ILARIS SOLN _____ 4
HYDROMORPHONE HCL SUPP _____ 6	HYRIMOZ SOAJ _____ 3	ILUVIEN _____ 88
hydromorphone hcl TABS 2 MG, 4	HYRIMOZ SOSY _____ 3	imatinib mesylate TABS _____ 33
	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SOAJ _____ 3	IMBRUVICA CAPS _____ 33
	HYRONAN KIT _____ 84	IMBRUVICA TABS _____ 33
	HY-VEE GLUCOSE _____ 19	IMFINZI _____ 30
		imipramine hcl TABS _____ 18

imiquimod 5 % _____	53	INFANTS ADVIL SUSP (Use ibuprofen) _____	4	INVEGA SUSTENNA _____	36
IMITREX 5 MG/ACT, 20 MG/ACT (Use sumatriptan) _____	76	INLYTA _____	30	INVEGA TRINZA _____	36
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML _____	76	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER MISC _____	74	IPOLEIJ _____	98
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6 MG/0.5ML (Use sumatriptan succinate) _____	76	INQOVI _____	32	ipratropium bromide (nasal) 0.03 % . 84	
IMITREX TABS (Use sumatriptan succinate) _____	76	INREBIC _____	33	ipratropium bromide (nasal) 0.06 % . 84	
IMLYGIC _____	35	INSTALAX POWD 17 GM/SCOOP . 66		ipratropium bromide SOLN 0.02 %	10
IMODIUM A-D CAPS (Use loperamide hcl) _____	21	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN . 20		ipratropium-albuterol SOLN _____	12
IMODIUM A-D TABS (Use loperamide hcl) _____	21	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN . 20		irbesartan _____	25
IMOVAX RABIES SUSR _____	98	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOPN _____	20	irbesartan-hydrochlorothiazide ____	26
IMURAN TABS (Use azathioprine) _____	79	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SOPN _____	20	IRESSA (Use gefitinib) _____	31
IN TOUCH GLUCOSE CONTROL SOLN _____	70	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUPN _____	20	irinotecan hcl _____	35
INCRELEX _____	59	INSULIN LISPRO SOLN IJ _____	20	IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW . 65	
INCRUSE ELLIPTA _____	10	INSULIN SYRINGES _____	72	IRON TABS 28 MG _____	65
indapamide TABS 1.25 MG, 2.5 MG . 57		INSULIN SYRINGES-MISC _____	72	ISENTRESS CHEW 100 MG ____	38
INDERAL LA CP24 (Use propranolol hcl) _____	41	INSUPEN PEN NEEDLES _____	72	ISENTRESS CHEW 25 MG ____	38
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	INSUPEN32G EXTR3ME _____	72	ISENTRESS HD TABS _____	38
INDOCIN SUSP (Use indomethacin) . 4		INTELENCE 100 MG (Use etravirine)	38	ISENTRESS PACK _____	38
indomethacin CAPS 25 MG, 50 MG 4		INTELENCE 200 MG (Use etravirine)	38	ISENTRESS TABS _____	38
INDOMETHACIN SODIUM _____	4	INTELENCE 25 MG _____	38	isoniazid SYRP _____	29
indomethacin SUPP _____	4	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT _____	56	isoniazid TABS _____	29
indomethacin SUSP _____	4	INTUNIV (Use guanfacine hcl (adhd)) _____	1	ISORDIL TITRADOSE TABS 5 MG (Use isosorbide dinitrate) _____	9
INFANRIX _____	95	INVEGA HAFYERA _____	36	isosorbide dinitrate TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG _____	9
				isosorbide mononitrate TABS ____	9
				ISOSORBIDE MONONITRATE TABs _____	9
				isosorbide mononitrate TB24 ____	9
				isotretinoin 10 MG, 20 MG, 30 MG,	

40 MG _____	49	KALYDECO PACK 5.8 MG _____	94	SOLN IJ 30 MG/ML _____	4
ISTODAX SOLR (Use romidepsin) _____	33	KALYDECO TABS _____	94	ketorolac tromethamine TABS _____	4
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 _____		KLOR-CON TBCR 8 MEQ (Use potassium chloride) _____	78
KALETRA TABS 50 MG-200 MG (Use lopinavir-ritonavir) _____	38				
KALYDECO PACK 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG _____	94				

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

levetiracetam TB24_____	14	LIBTAYO _____	30	lithium carbonate TABS _____	35
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 _____	39
LEXIVA SUSP _____	38	lisinopril & hydrochlorothiazide 25 MG-20 MG _____	26	lopinavir-ritonavir TABS 50 MG-200 MG _____	38
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
		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	METER _____	74	maraviroc TABS 150 MG _____	39
loratadine TBDP 10 MG _____	23	LUPKYNIS _____	79	maraviroc TABS 300 MG _____	39
lorazepam TABS _____	10	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .		MARGENZA _____	31
LORBRENA _____	33	59		MASK VORTEX/CHILD/FROG ____	74
losartan potassium & hydrochlorothiazide _____	26	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .		MASK	
losartan potassium _____	25	59		VORTEX/TODDLER/LADYBUG __	74
LOTENSIN 10 MG, 20 MG (Use benazepril hcl) _____	25	lurasidone hcl _____	36	MATULANE _____	34
LOTENSIN 40 MG (Use benazepril hcl) _____	25	LURBIPR 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	LURBIRO TABS 100 MG (Use flurbiprofen) _____	4	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	LUXTURNA _____	88	MAXALT TABS 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	77
LOTRIMIN AF CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	49	LYNPARZA TABS _____	33	MAXALT-MLT TBDP 10 MG (Use rizatriptan benzoate) _____	77
LOTRIMIN AF JOCK ITCH CREA (Use clotrimazole (topical)) _____	49	LYSODREN _____	31	MAXITROL OINT (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88
lovastatin TABS 10 MG, 20 MG __	24	MACI _____	83	MAXITROL SUSP (Use neomycin- polymy-dexameth) _____	88
lovastatin TABS 40 MG _____	24	MACROBID (Use nitrofurantoin monohyd macro) _____	28	MAXI-TUSS PE LIQD _____	47
LOVENOX SOLN IJ 300 MG/3ML (Use enoxaparin sodium) _____	12	MACRODANTIN 50 MG, 100 MG (Use nitrofurantoin macrocrystal) _	28	MAXI-TUSS PE MAX LIQD ____	47
LOVENOX SOSY (Use enoxaparin sodium) _____	12	magnesium citrate 1.745 GM/30ML	66	MAXZIDE TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	57
loxapine succinate _____	36	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS _____	78	MAXZIDE-25 TABS (Use triamterene & hydrochlorothiazide) _____	57
lubiprostone _____	61	magnesium hydroxide SUSP 7.75 %, 400 MG/5ML, 1200 MG/15ML, 2400 MG/30ML _____	66	meclizine hcl CHEW _____	22
LUCENTIS SOSY _____	87	magnesium oxide (mg supplement) TABS _____	78	meclizine hcl TABS 12.5 MG, 25 MG .	22
LUMAKRAS _____	33	MAGNESIUM OXIDE -MG SUPPLEMENT CAPS _____	78	MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR LIQD _____	70
LUMIZYME _____	59	magnesium oxide TABS 400 MG __	9	MEDISENSE HI/MID/LOW CONTROL LIQD _____	70
LUNG PERFORM PEAK FLOW		MAGOX 400 TABS (Use magnesium oxide (mg supplement)) _____	78	MEDROL TABS 4 MG, 8 MG (Use methylprednisolone) _____	45
		malathion _____	54	MEDROL TBPK (Use methylprednisolone) _____	45

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

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			MX-SOL SUSPEND SUSP _____	91
montelukast sodium CHEW _____	10	MULTI VITAMIN TABS _____	82	MX-SOL SYRP _____	91
montelukast sodium PACK _____	11	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS ____	81	MYALEPT _____	59
montelukast sodium TABS _____	11	multiple vitamin TABS _____	82	MYAMBUTOL TABS 400 MG (Use ethambutol hcl) _____	29
morphine sulfate SOLN PO 10 MG/5ML, 20 MG/5ML _____	6	multiple vitamins w/ iron TABS ____	81	MYCOBUTIN (Use rifabutin) ____	29
morphine sulfate SOLN PO 20 MG/ML, 100 MG/5ML _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABS _____	81	mycophenolate mofetil CAPS ____	79
morphine sulfate SUPP _____	6	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS-VARIOUS _____	81	mycophenolate mofetil SUSR ____	79
morphine sulfate TABS _____	6	MULTIVITAMIN ADULT TABS ____	82	mycophenolate mofetil TABS ____	79
morphine sulfate TBCR _____	6	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN	83	mycophenolate sodium _____	79
MOTRIN CHILDRENS CHEW (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	83	MYDRIACYL SOLN (Use tropicamide) _____	87
MOTRIN INFANTS DROPS SUSP (Use ibuprofen) _____	4	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN _____	83	MYFORTIC (Use mycophenolate sodium) _____	79
MOUTH KOTE REMINT SOLN ____	81	MULTIVITAMIN TABS _____	82	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLN _____	71
MOUTH KOTE SOLN _____	81	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82	MYLERAN TABS _____	29
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN OP	87	MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5 MG _____	82	MYLICON INFANTS GAS RELIEF SUSP (Use simethicone) _____	61
MOZOBIL (Use plerixafor) _____	65	MULTIVITAMIN/FLUORIDE SOLN 82		MYSOLINE (Use primidone) ____	14
MS CONTIN TBCR 15 MG (Use morphine sulfate) _____	6	MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	82	NABI-HB SOLN IM _____	90
MS CONTIN TBCR 30 MG, 60 MG, 100 MG, 200 MG (Use morphine sulfate) _____	6			nabumetone _____	4
MUCINEX D MAX STRENGTH TB12 (Use pseudoephedrine-guaifenesin) . 47		MULTI-VIT-FLOR CHEW 0.5 MG .	82	nadolol TABS 20 MG, 40 MG, 80 MG	41
MUCINEX D TB12 (Use		mupirocin calcium (topical) _____	49	NAGLAZYME _____	59
		mupirocin OINT _____	49	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	NEUTЕК 2ТЕК CONTROL SOLN _____	71
NAPROSYN TABS 500 MG (Use naproxen) _____	5	neomycin-bacitracin zn-polymyxin _____	87	nevirapine SUSP _____	39
naproxen sodium TABS 220 MG _____	5	neomycin-bacitracin-polymyxin OINT _____	49	nevirapine TABS _____	39
naproxen sodium TABS 275 MG, 550 MG _____	5	neomycin-polymy-dexameth OINT _____	88	nevirapine TB24 400 MG _____	39
naproxen SUSP _____	5	neomycin-polymy-dexameth SUSP 0.1 %-3.5 MG/ML-10000 UNIT/ML, 0.1 % _____	88	NEWVITE TABS _____	82
naproxen TABS _____	5	neomycin-polymyxin w/ pramoxine _____	49	NEXAVAR (Use sorafenib tosylate) ...	33
naratriptan hcl _____	77	neomycin-polymyxin-gramicidin _____	87	NEXIUM 24HR CLEAR MINIS CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NARCAN LIQD (Use naloxone hcl) _____	21	neomycin-polymyxin-hc (ophth) _____	88	NEXIUM 24HR CPDR (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NARDIL (Use phenelzine sulfate) _____	16	neomycin-polymyxin-hc (otic) SOLN _____	89	NEXIUM CPDR 20 MG (Use esomeprazole magnesium) _____	96
NASACORT ALLERGY 24HR AERO (Use triamcinolone acetonide (nasal)) _____	85	neomycin-polymyxin-hc (otic) SUSP _____	89	NEXVIAZYME _____	59
NASALCROM (Use cromolyn sodium (nasal)) _____	84	NEOPROFEN (Use ibuprofen lysine) _____	5	niacin (antihyperlipidemic) TABS _____	24
nateglinide _____	20	NEORAL CAPS (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	79	niacin (antihyperlipidemic) TBCR _____	24
NATROBA (Use spinosad) _____	54	NEORAL SOLN (Use cyclosporine modified (for microemulsion)) _____	79	niacin CPCR 250 MG, 500 MG _____	100
NATURAL FIBER LAXATIVE POWD _____	66	NEOSPORIN ORIGINAL OINT (Use neomycin-bacitracin-polymyxin) _____	49	NIACIN ER CPCR _____	100
NAYZILAM _____	13	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF _____		NIACIN ER TBCR _____	100
NEBULIZER AIR TUBE/PLUGS _____				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 _____	27	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 SUSR _____	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		
ORAL RELIEF SPRAY SOLN ____	81	OTEZLA TBPK _____	5	oxycodone w/ acetaminophen TABS	
ORAL SUSPEND LIQD _____	91	OTREXUP SOAJ 10 MG/0.4ML, 12.5		325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325	
ORAL SYRUP SF SYRP _____	91	MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5		MG-7.5 MG _____	7
ORAL SYRUP SYRP _____	91	MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5		OXYCONTIN T12A _____	7
ORAPENN SD ANHYD		MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML _____	3	oyster shell _____	77
SWEETENED LIQD _____	91	OTULFI SOLN IV 130 MG/26ML _	62	OYSTER SHELL CALCIUM/D TABS	
ORAPENN SD ANHYD		OTULFI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90		500 MG-200 UNIT _____	77
UNSWEETEN LIQD _____	91	MG/ML _____	50	OZURDEX IMPL _____	88
ORA-PLUS LIQD _____	91	OVACE PLUS WASH LIQD (Use		PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	
ORA-SWEET SF SYRP 10 %-9 %	91	sulfacetamide sodium) _____	51	PART _____	35
ORA-SWEET SYRP 4 %-5 %-54 %		OVACE WASH LIQD (Use		paclitaxel protein-bound particles .	35
		sulfacetamide sodium) _____	51	PADCEV _____	30
		OVIDE (Use malathion) _____	54	PALYNZIQ _____	59
		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) _____	7	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	phenylephrine-shark liver oil-cocoa butter _____	8
PEMAZYRE _____	33	permethrin LIQD EX _____	54	phenylephrine-shark liver oil-mineral oil-petrolatum _____	8
PEMETREXED 500 MG/20ML _____	30	perphenazine TABS _____	37	phenytoin CHEW _____	15
pemetrexed disodium SOLR 100 MG, 500 MG _____	30	perphenazine-amitriptyline _____	93	phenytoin sodium extended 100 MG .	15
PEMFEXY _____	30	PERSERIS PRSY _____	36	phenytoin sodium SOLN _____	15
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP _____	72	PERSONAL BEST FULL RANGE .	75	phenytoin SUSP _____	15
PEN NEEDLES _____	72	PFIZER COVID-19 VAC BIVALENT .	98	PHESGO _____	32
PENBRAYA _____	97	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y SUSP _____	98	PHOTOFRIN _____	34
penicillamine TABS _____	79	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y SUSP _____	98	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT _____	88
penicillin v potassium SOLR _____	90	PFIZER-BIONT COVID-19 VAC-TRIS SUSP _____	98	PHYRAGO 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG _____	33
penicillin v potassium TABS _____	90	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACC SUSP _____	98	phytonadione TABS 5 MG _____	100
PENTACEL _____	95	PFLEX MISC _____	75	PIFELTRO _____	39
pentoxifylline _____	64	PHARMACIST CHOICE MASK WIPES MISC _____	75	PIKO 1 _____	75
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH TABS (Use famotidine) _____	96	phenazopyridine hcl TABS 100 MG, 200 MG _____	62	PILLOW MASK/ADULT MISC _____	75
PEPCID AC TABS (Use famotidine) .	96	phenelzine sulfate _____	16	PILLOW MASK/CHILD MISC _____	75
PEPCID TABS (Use famotidine) _____	96	phenobarbital ELIX _____	65	PILLOW MASK/PEDIATRIC MISC	75
PEPTO-BISMOL CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	phenobarbital TABS _____	65	pilocarpine hcl (oral) 5 MG _____	81
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH SUSP (Use bismuth subsalicylate) .	21	phenylephrine hcl (mydriatic) SOLN 2.5 % _____	87	pilocarpine hcl SOLN 1 %, 2 %, 4 % .	87
PEPTO-BISMOL TO-GO CHEW (Use bismuth subsalicylate) _____	21	phenylephrine hcl (oral) TABS _____	85	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT _____	56
PERCOCET TABS 325 MG-10 MG, 325 MG-5 MG, 325 MG-7.5 MG (Use					

pimecrolimus _____	53	POCKET PEAK FLOW METER ____	75	potassium chloride PACK PO 20 MEQ _____	79
PIN RID CHEW _____	9	POCKETCHEM EZ CONTROL SOLN _____	71	potassium chloride SOLN PO 10 %, 20 %, 10 % _____	79
pindolol TABS _____	41	POCKETPEAK PEAK FLOW METER	75	potassium chloride TBCR 8 MEQ, 10 MEQ _____	79
pioglitazone hcl _____	20	podofilox SOLN	53	potassium citrate (alkalinizer) TBCR . 62	
pioglitazone hcl-metformin hcl TABS . 18		POLIVY _____	30	POTELIGEO _____	30
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRP _____	56	POLYCOSE LIQD _____	86	PRADAXA CAPS (Use dabigatran etexilate mesylate) _____	13
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION LIQD _____	71	POLYCOSE POWD _____	86	pralatrexate _____	30
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) .	33	polyethylene glycol 3350 POWD _	66	PRALUENT SOAJ _____	24
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) .	33	polymyxin b-trimethoprim _____	87	pramipexole dihydrochloride TABS 35	
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) .	33	polysaccharide iron complex CAPS 65		prasugrel hcl _____	64
pirfenidone CAPS _____	94	POLY-VI-FLOR CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	83	pravastatin sodium _____	24
pirfenidone TABS _____	94	POLY-VI-FLOR CHEW 0.5 MG ____	83	prazosin hcl CAPS _____	25
piroxicam CAPS _____	5	polyvinyl alcohol 1.4 % _____	86	PRECISION GLUCOSE KETONE CONTR LIQD _____	71
PLAN B ONE-STEP (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	44	POLY-VI-SOL SOLN PO _____	83	PRECISION XTRA KETONE ____	56
PLAQUENIL (Use hydroxychloroquine sulfate) _____	28	POLY-VITA SOLN PO _____	83	PRED FORTE (Use prednisolone acetate (ophth)) _____	88
PLAVIX 75 MG (Use clopidogrel bisulfate) _____	64	POLY-VITA/IRON SOLN _____	83	PRED MILD _____	88
PLEGRIDY SOAJ _____	93	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO 83		prednisolone acetate (ophth) ____	88
PLEGRIDY SOSY IM _____	93	POLY-VITE/IRON SOLN _____	83	PREDNISOLONE ACETATE P-F .	88
PLEGRIDY STARTER PACK SOAJ . 93		POMALYST _____	32	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE _____	88
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY SC _____	93	PORTRAZZA _____	31	prednisolone sodium phosphate SOLN 20 MG/5ML _____	45
PLENITY _____	1	pot phosphate monobasic w/ sod phosphate dibasic & monobasic ____	78	prednisolone sodium phosphate SOLN 5 MG/5ML, 15 MG/5ML ____	45
PLENITY WELCOME KIT _____	1	potassium bicarbonate TBEF ____	78	prednisolone SOLN _____	45
plerixafor _____	65	potassium chloride CPCR 10 MEQ 79		prednisolone TABS _____	45
PNEUMOVAX 23 SOLN _____	97	potassium chloride CPCR 8 MEQ .	79		
PNEUMOVAX 23 SOSY _____	97	potassium chloride microencapsulated crystals er ____	78		

PREDNISONE INTENSOL CONC	45	PREVNAR 13	97	PROCYSBI CPDR	62
prednisone SOLN	45	PREVNAR 20	97	PROCYSBI PACK	62
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
		PROCARDIA XL TB24 30 MG, 90 MG (Use nifedipine)	42	PRONEB ULTRA FILTER SET MISC	75
		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

propranolol hcl TABS _____	41	PULMICORT SUSP (Use budesonide (inhalation)) _____	11	pyrimethamine _____	28
propylthiouracil _____	94	PULMOZYME _____	94	PYRUKYND TABS _____	64
PROQUAD SUSR _____	98	PURAPLY _____	55	PYRUKYND TAPER PACK TBPK _____	64
PROSCAR (Use finasteride) _____	62	PURE COMFORT FLOW METER ADULT _____	75	PYZCHIVA 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML _____	50
PROTEXT SUSP _____	55	PURE COMFORT FLOW METER CHILD _____	75	PYZCHIVA SC 45 MG/0.5ML _____	50
PROTONIX TBEC 20 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURE COMFORT PEAK FLOW MISC _____	75	QC CALCIUM 500MG-D3 TABS _____	77
PROTONIX TBEC 40 MG (Use pantoprazole sodium) _____	96	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	72	QC TRIACTING DAYTIME CHILDRENS SYRP _____	47
PROVENTIL HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____	12	PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML (Use mercaptopurine) _____	30	QINLOCK _____	33
PROVERA 5 MG, 10 MG (Use medroxyprogesterone acetate) _____	92	PX DAYTIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____	47	QUADRACEL SUSP _____	95
PROZAC CAPS 10 MG, 20 MG (Use fluoxetine hcl) _____	17	PX GLUCOSE _____	19	QUADRACEL SUSY _____	95
PROZAC CAPS 40 MG (Use fluoxetine hcl) _____	17	PX NITETIME MULTI-SYMPTOM CAPS _____	47	QUESTRAN LIGHT POWD (Use cholestyramine light) _____	24
pseudoephed-bromphen-dm SYRP 10 MG/5ML-30 MG/5ML-2 MG/5ML _____	47	pyrantel pamoate SUSP _____	9	QUESTRAN PACK (Use cholestyramine) _____	24
pseudoephedrine hcl TABS _____	85	pyrazinamide _____	29	QUESTRAN POWD (Use cholestyramine) _____	24
pseudoephedrine hcl TB12 _____	85	pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD 3 %-2.4 %-0.3 %-1.2 % _____	54	quetiapine fumarate TABS 100 MG, 200 MG _____	36
pseudoephedrine w/ dm-gg LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML _____	47	pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	54	quetiapine fumarate TABS 25 MG, 50 MG _____	36
pseudoephedrine-guaifenesin SYRP 100 MG/5ML-30 MG/5ML _____	47	pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 % _____	54	quetiapine fumarate TABS 300 MG, 400 MG _____	36
pseudoephedrine-guaifenesin TB12 600 MG-60 MG _____	47	PYRIDIDIUM TABS (Use phenazopyridine hcl) _____	62	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.25 MG, 1 MG _____	83
pseudoephedrine-ibuprofen TABS _____	47	pyridostigmine bromide TABS 60 MG _____	29	QUFLORA PEDIATRIC CHEW 0.5 MG _____	83
psyllium CAPS 0.52 GM _____	66	pyridostigmine bromide TBCR _____	29	QUFLORA PEDIATRIC SOLN _____	83
psyllium POWD 28.3 %, 30 %, 33 %, 58.6 %, 100 % _____	66	pyridoxine hcl TABS 25 MG, 50 MG, 100 MG _____	100	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE KIT _____	71
psyllium POWD 43 % _____	66			QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	56
PTS PANELS EGLU TEST STRP _____	56			QUICK TOUCH INSULIN PEN _____	

LRG MISC _____	75	RILUTEK TABS (Use riluzole) ____	85	glycopyrrolate) _____	95
REUSABLE COMFORTSEAL MASK- MED MISC _____	75	riluzole TABS _____	85	ROCALTROL CAPS (Use calcitriol) 59	
REUSABLE COMFORTSEAL MASK- SML MISC _____	75	risedronate sodium TABS 35 MG .	58	roflumilast _____	11
REVATIO SOLN (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	43	risedronate sodium TABS 5 MG, 30 MG _____	58	ROMIDEPSIN SOLN _____	33
REVATIO SUSR (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	43	risedronate sodium TBEC _____	58	romidepsin SOLR _____	33
REVATIO TABS (Use sildenafil citrate (pulmonary hypertension)) .	43	RISPERDAL CONSTA (Use risperidone microspheres) _____	36	ropinirole hydrochloride TABS 0.25 MG, 3 MG, 4 MG _____	35
REVCIVI _____	59	RISPERDAL SOLN (Use risperidone)	36	ropinirole hydrochloride TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG _____	35
REVLIMID _____	79	RISPERDAL TABS 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (Use risperidone) 36		rosuvastatin calcium TABS _____	24
REYATAZ CAPS 200 MG (Use atazanavir sulfate) _____	39	risperidone microspheres _____	36	ROTARIX SUSP _____	98
REYATAZ CAPS 300 MG (Use atazanavir sulfate) _____	39	risperidone SOLN _____	36	ROTATEQ SOLN _____	98
REYATAZ PACK _____	39	risperidone TABS _____	36	ROUGH PIGWEED _____	2
REZUROCK _____	79	risperidone TBDP _____	36	ROXICODONE TABS 15 MG (Use oxycodone hcl) _____	7
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SOSY IM _____	90	RITALIN TABS 10 MG, 20 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROXICODONE TABS 30 MG (Use oxycodone hcl) _____	7
RHOPHYLAC SOSY IJ _____	90	RITALIN TABS 5 MG (Use methylphenidate hcl) _____	2	ROZLYTREK CAPS _____	33
RIABNI _____	30	ritonavir TABS _____	39	RUBRACA _____	33
RIASTAP _____	63	RITUXAN _____	30	RUCONEST _____	64
ribavirin (hepatitis c) CAPS _____	40	RITUXAN HYCELA _____	32	rufinamide SUSP _____	14
ribavirin (hepatitis c) TABS 200 MG 40		rivastigmine 4.6 MG/24HR, 9.5 MG/24HR _____	92	rufinamide TABS _____	14
riboflavin TABS _____	100	rivastigmine tartrate CAPS _____	92	RUKOBIA _____	39
rifabutin _____	29	RIXUBIS SOLR _____	63	RUXIENCE _____	30
rifampin CAPS _____	29	rizatriptan benzoate TABS _____	77	RYDAPT _____	33
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE STRP _____	56	rizatriptan benzoate TBDP _____	77	RYLAZE _____	34
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST STRP _____	56	ROBINUL TABS (Use glycopyrrolate)	95	RYPLAZIM _____	64
		ROBINUL-FORTE TABS (Use		SABRIL PACK (Use vigabatrin) ____	14
				SABRIL TABS (Use vigabatrin) ____	14
				sacubitril-valsartan TABS _____	42
				SALAGEN 5 MG (Use pilocarpine hcl	

(oral)) _____	81	SCOT-TUSSIN DM LIQD _____	48	sennosides-docusate sodium) ____	66
SALICYLIC ACID GEL 3 % _____	53	SCOT-TUSSIN SENIOR LIQD ____	48	SENOKOT TABS (Use sennosides)	67
salicylic acid GEL 6 % _____	53	SELARSDI SOLN IV 130 MG/26ML .	62	SENSIPAR (Use cinacalcet hcl) _	59
SALINE NASAL SPRAY 0.65% ____	84	SELARSDI SOSY SC 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML_____	50	SEREVENT DISKUS _____	12
salsalate _____	6	selegiline hcl CAPS _____	35	SEROQUEL TABS 100 MG, 200 MG (Use quetiapine fumarate) _____	36
SAMI THE SEAL FILTERS MISC .	76	selegiline hcl TABS_____	35	SEROQUEL TABS 25 MG, 50 MG (Use quetiapine fumarate) _____	36
SAMSCA TABS (Use tolvaptan)____	60	selenium sulfide LOTN 1 % _____	51	SEROQUEL TABS 300 MG, 400 MG (Use quetiapine fumarate) _____	37
SANDIMMUNE CAPS (Use cyclosporine)_____	80	selenium sulfide LOTN 2.5 %____	51	SEROSTIM SC 4 MG, 5 MG, 6 MG	58
SANDIMMUNE SOLN IV 50 MG/ML .	80	selenium sulfide SHAM 1 %____	51	sertraline hcl CONC _____	17
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT (Use octreotide acetate) _____	60	SELSUN BLUE CARE MENS MAX STR LOTN (Use selenium sulfide) .	51	sertraline hcl TABS 100 MG _____	17
SANDOSTATIN SOLN 50 MCG/ML, 100 MCG/ML, 500 MCG/ML (Use octreotide acetate) _____	60	SELSUN BLUE DAILY LOTN (Use selenium sulfide)_____	51	sertraline hcl TABS 25 MG, 50 MG	17
SAPHNELO _____	80	SELSUN BLUE LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SEVENFACT _____	63
sapropterin dihydrochloride PACK	59	SELSUN BLUE MEDICATED LOTN (Use selenium sulfide) _____	51	SFROWASA ENEM _____	62
sapropterin dihydrochloride TABS .	59	SELSUN BLUE MOISTURIZING LOTN (Use selenium sulfide) ____	51	SHEEP SORREL-YELLOW DOCK IJ	2
SARNA LOTN (Use camphor & menthol) _____	50	SELZENTRY SOLN _____	39	SHINGRIX _____	98
SAVELLA TABS _____	93	SELZENTRY TABS 150 MG (Use maraviroc)_____	39	SIDESTREAM ADULT FACE MASK MISC _____	76
SAVELLA TITRATION PACK MISC .	93	SELZENTRY TABS 25 MG, 75 MG .	39	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK MISC _____	76
SAWYER INSECT REPELLENT LOTN _____	54	SELZENTRY TABS 300 MG (Use maraviroc)_____	39	SIDESTREAM PLS ADULT FACE MASK MISC _____	76
saxagliptin hcl _____	19	SEMGLEE (YFGN) SOLN _____	20	SIGNIFOR _____	60
saxagliptin-metformin hcl _____	18	SEMGLEE (YFGN) SOPN _____	20	SIGNIFOR LAR _____	60
SB HEMORRHOID 0.25 %-71.9 %-14 %-3 %	8	sennosides TABS 8.6 MG _____	67	SIKLOS TABS _____	64
SCEMBLIX 100 MG _____	33	sennosides-docusate sodium TABS .	66	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) SOLN_____	43
SCEMBLIX 20 MG, 40 MG_____	33	SENOKOT S TABS (Use		sildenafil citrate (pulmonary	
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM .	54				

hypertension) SUSR _____ 43	montelukast sodium) _____ 11	sodium phosphates ENEM _____ 66
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS _____ 43	SINGULAIR PACK (Use montelukast sodium) _____ 11	sodium polystyrene sulfonate POWD 80
SILICONE MASK/ADULT MISC __ 76	SINGULAIR TABS (Use montelukast sodium) _____ 11	sodium polystyrene sulfonate SUSP CO 15 GM/60ML _____ 80
SILICONE MASK/INFANT MISC _ 76	sirolimus SOLN _____ 80	sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate _____ 66
SILICONE MASK/PEDIATRIC MISC . 76	sirolimus TABS _____ 80	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS 40
SILVADENE (Use silver sulfadiazine) _____ 51	SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER TB24 _____ 18	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/afl) _____ 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	sodium phenylbutyrate POWD ____ 59	
	sodium phenylbutyrate TABS ____ 59	

SOVALDI TABS _____	40	STIVARGA _____	33	87
SOVUNA 200 MG _____	28	STOP LICE MAXIMUM STRENGTH LIQD 4 %-0.33 % _____	54	88
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES _____	76	STRATTERA (Use atomoxetine hcl) . 1		sulfacetamide sodium (ophth) SOLN . 51
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS _____	76	STRENSIQ _____	59	sulfacetamide sodium LIQD _____ 49
SPACERS AND BREATHING CHAMBERS-MISC _____	76	STRESS FORMULA/IRON/ENERGY TABS _____	81	sulfacetamide sodium w/ sulfur LOTN 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 SUSP27
SPIKEVAX SUSP _____	99	STRIVE DUAL ZONE PEAK FLOW MTR _____	76	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS27
SPIKEVAX SUSY _____	99	SUBLOCADE SOSY _____	8	sulfasalazine TABS62
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 TBEC62
SPINRAZA _____	85	SUBOXONE FILM SL 3 MG-12 MG (Use buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate) _____	8	sulindac TABS5
SPIRIVA HANDIHALER CAPS IN (Use tiotropium bromide) _____	10			sumatriptan77
spironolactone & hydrochlorothiazide	57			sumatriptan succinate SOAJ 6 MG/0.5ML _____ 77
spironolactone TABS	57	sucralfate SUSP _____	96	sumatriptan succinate SOCT 6 MG/0.5ML _____ 77
SPORANOX CAPS (Use itraconazole) _____	22	sucralfate TABS _____	96	sumatriptan succinate SOLN 6 MG/0.5ML _____ 77
SPRAVATO (56 MG DOSE) _____	16	SUDAFED CHILDRENS LIQD _____	85	sumatriptan succinate TABS _____ 77
SPRAVATO (84 MG DOSE) _____	16	SUDAFED PE CHILDRENS SOLN 85		sunitinib malate _____ 33
SPRYCEL (Use dasatinib) _____	33	SUDAFED PE SINUS CONGESTION TABS (Use phenylephrine hcl (oral)) _____	85	SUPARTZ FX SOSY _____ 84
STAMARIL SUSR _____	99	SUDAFED SINUS CONGESTION TABS (Use pseudoephedrine hcl) .85		SUPER BI-MIX SOLR _____ 42
STEQEYMA _____	50			SUPER TRI-MIX SOLR _____ 42
STEQEYMA _____	62	SUDAFED TABS (Use pseudoephedrine hcl) _____	85	SUPPRELIN LA _____ 59
STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 . 91		sulfacetamide sodium (acne) _____	49	SUPREME II HIGH/LOW CONTROL LIQD _____ 71
STERILE DILUENT FOR REMODULIN (Use glycine diluent) 91		sulfacetamide sodium (ophth) OINT		SUPREP BOWEL PREP KIT (Use sodium sulfate-potassium sulfate-

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

temazepam 15 MG, 30 MG _____	66	tetrabenazine _____	93	MG, 90 MG, 120 MG _____	95
TEMODAR SOLR _____	29	tetracaine hcl (ophth) _____	88	tiagabine hcl _____	14
temozolomide CAPS _____	29	TETRACAIN HCL 0.5 % (Use tetracaine hcl (ophth)) _____	88	TIAZAC 120 MG, 180 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
TEMPO WELCOME KIT _____	71	TETRACAIN HCL 0.5 % _____	88	TIAZAC 240 MG (Use diltiazem hcl extended release beads) _____	42
temsirolimus _____	33	tetracycline hcl CAPS 500 MG _____	94	TIBSOVO _____	33
TENIVAC SUSP 2 LFU-5 LFU _____	95	tetrahydrozoline hcl (ophth) 0.05 % 88		ticagrelor 60 MG, 90 MG _____	64
tenofovir disoproxil fumarate TABS 39		TEZSPIRE SOSY _____	10	TICOVAC _____	99
TENORETIC 100 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	TGT GLUCOSE _____	19	TIGLUTIK SUSP _____	85
TENORETIC 50 (Use atenolol & chlorthalidone) _____	27	THALOMID _____	79	TIKOSYN (Use dofetilide) _____	10
TENORMIN TABS (Use atenolol) .41		THEO-24 CP24 _____	12	timolol maleate (ophth) SOLN _____	87
TEPADINA (Use thiotepa) _____	29	theophylline ELIX _____	12	timolol maleate TABS _____	41
TEPEZZA _____	58	theophylline SOLN _____	12	TIMOPTIC OCUDOSE SOLN (Use timolol maleate (ophth)) _____	87
terazosin hcl _____	25	theophylline TB12 _____	12	TINACTIN CREA (Use tolnaftate) .50	
terbinafine hcl (topical) CREA _____	50	theophylline TB24 _____	12	tioconazole vaginal 6.5 % _____	99
terbinafine hcl TABS _____	22	THERA TABS _____	82	tiopronin TABS _____	62
terbutaline sulfate TABS _____	12	THEREMS TABS _____	82	tiopronin TBEC _____	62
terconazole vaginal CREA _____	99	thiamine hcl TABS _____	100	tiotropium bromide CAPS IN 18 MCG	10
terconazole vaginal SUPP _____	99	thiamine mononitrate TABS 100 MG . 101		TIVDAK _____	31
teriflunomide _____	93	THIOLA EC TBEC (Use tiopronin) 62		TIVICAY TABS 50 MG _____	39
teriparatide SOPN _____	58	THIOLA TABS (Use tiopronin) _____	62	tizanidine hcl TABS _____	84
TERIPARATIDE SOPN _____	58	thioridazine hcl _____	37	TM-DAILY VITE TABS _____	82
TESTOPEL PLLT _____	8	thiotepa _____	29	TOBI NEBU (Use tobramycin) _____	2
testosterone cypionate SOLN IM 100 MG/ML _____	8	thiothixene _____	37	TOBI PODHALER CAPS _____	2
testosterone cypionate SOLN IM 200 MG/ML _____	8	THRESHOLD IMT MISC _____	76	TOBRADEX OINT _____	88
testosterone enanthate SOLN IM _____	8	THROMBATE III _____	64	tobramycin (ophth) SOLN _____	88
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP _____	95	THYMOGLOBULIN _____	80	tobramycin NEBU _____	2
		THYROGEN 0.9 MG _____	55	tobramycin sulfate SOLN IJ 1.2	
		THYROID TABS 15 MG, 30 MG, 60			

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

TRIKAFTA TBPB _____	94	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO CHEW _____	19	TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS SUSP (Use acetaminophen) _____	5
TRILEPTAL SUSP (Use oxcarbazepine) _____	14	TRULICITY _____	20	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5
TRILEPTAL TABS (Use oxcarbazepine) _____	14	TRUMENBA 0.5 ML _____	97	TYLENOL TABS (Use acetaminophen) _____	5
TRILURON SOSY _____	84	TRUVADA 200 MG-300 MG (Use emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate) _____	39	TYMLOS _____	58
trimethoprim TABS _____	27	TRUXIMA _____	31	TYPHIM VI SOLN _____	97
TRI-MIX SOLR _____	42	TRUZONE PEAK FLOW METER _____	76	TYPHIM VI SOSY _____	97
TRINTELLIX _____	17	TUBING/WING TIP MISC _____	76	TYVASO REFILL KIT SOLN IN _____	42
TRIPTODUR _____	59	TUDORZA PRESSAIR _____	10	TYVASO SOLN IN _____	43
TRISENOX (Use arsenic trioxide) _____	34	TUKYSA _____	31	TYVASO STARTER KIT SOLN IN _____	42
TRIUMEQ TABS _____	39	TUMS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE _____	72
TRIVISC SOSY _____	84	TUMS LASTING EFFECTS CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRA NEB ACCESSORIES KIT MISC _____	76
TROGARZO _____	39	TUMS ULTRA 1000 CHEW (Use calcium carbonate (antacid)) _____	9	ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AERO _____	54
tropicamide SOLN _____	87	TURALIO 125 MG _____	33	ULTRATHON INSECT REPELLENT LOTN _____	54
tropium chloride TABS _____	97	TWINRIX SUSY _____	99	UNIFINE OTC PEN NEEDLES _____	72
TRUE COMFORT PEN NEEDLES _____	72	TYBLUME CHEW _____	44	UNIFINE PENTIPS _____	72
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES _____	72	TYBOST _____	39	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE _____	72
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE _____	72	TYKERB (Use lapatinib ditosylate) _____	33	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE _____	72
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST STRP _____	56	TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES CHEW (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPGELS CAPS (Use diphenhydramine hcl (sleep)) _____	65
TRUE METRIX PRO BLOOD GLUCOSE STRP _____	57	TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNISOM SLEEPTABS (Use doxylamine succinate (sleep)) _____	65
TRUE MULTIVITAMIN TABS _____	82	TYLENOL CHILDRENS SUSP (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS SWEETENED SUSP _____	92
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 0 LIQD _____	71	TYLENOL EXTRA STRENGTH TABS (Use acetaminophen) _____	5	UNISPEND ANHYDROUS UNSWEETENED SUSP _____	92
TRUECONTROL GLUCOSE CONT LEV 1 LIQD _____	71				
TRUELYTE SOLN _____	78				
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW _____	19				

UNITUXIN _____	31	valproate sodium SOLN PO 250 MG/5ML, 500 MG/10ML _____	15	VAQTA IM 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML _____	99
UPTRAVI SOLR _____	43	valproic acid CAPS _____	15	varenicline tartrate TABS _____	94
UPTRAVI TABS _____	43	valrubicin _____	32	varenicline tartrate TBPK _____	94
UPTRAVI TITRATION TBPK _____	43	valsartan TABS _____	25	VARIVAX SUSR _____	99
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 _____	28	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 _____	28	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			VENTAVIS IN _____	43
VALIUM TABS (Use diazepam) _____	10				

VENTOLIN HFA AERS (Use albuterol sulfate) _____ 12	VIIBRYD TABS (Use vilazodone hcl) . 17	VITAMINS ACD-FLUORIDE SOLN . 83
verapamil hcl CP24 100 MG, 200 MG42	VIJOICE TBPK _____ 80	vitamins w/ lipotropics CAPS ____ 83
verapamil hcl CP24 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG __ 42	vilazodone hcl TABS _____ 17	VITRAKVI CAPS _____ 34
VERAPAMIL HCL ER CP24 (Use verapamil hcl) _____ 42	VILTEPSO _____ 85	VITRAKVI SOLN _____ 34
verapamil hcl TABS _____ 42	VIMIZIM _____ 60	VITRAX TABS _____ 82
verapamil hcl TBCR _____ 42	vincristine sulfate _____ 35	VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION LIQD _____ 71
VERASENS GLUCOSE CONTROL LIQD _____ 71	VIRACEPT TABS 250 MG _____ 39	VIVAGUARD INO TEST STRIPS STRP _____ 57
VERELAN CP24 (Use verapamil hcl) . 42	VIREAD POWD _____ 39	VIVELLE-DOT PTTW (Use estradiol) . 61
VERELAN PM CP24 100 MG, 200 MG (Use verapamil hcl) _____ 42	VIREAD TABS (Use tenofovir disoproxil fumarate) _____ 39	VIVIMUSTA SOLN _____ 29
VERELAN PM CP24 300 MG (Use verapamil hcl) _____ 42	VIREAD TABS 150 MG, 200 MG, 250 MG _____ 39	VIVITROL _____ 21
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . 72	VIREXA TABS _____ 82	VIVOTIF _____ 97
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE __ 72	VISCO-3 SOSY _____ 84	VIZIMPRO _____ 31
VERSAFREE SYRP _____ 92	VISINE RED EYE COMFORT (Use tetrahydrozoline hcl (ophth)) _____ 88	VOLTAREN ARTHRITIS PAIN GEL EX (Use diclofenac sodium (topical)) . 50
VERSAPLUS SYRP _____ 92	VISTARIL CAPS 25 MG (Use hydroxyzine pamoate) _____ 10	VONJO _____ 34
VERZENIO _____ 33	VISTOGARD _____ 21	VONVENDI _____ 63
VESICARE TABS (Use solifenacin succinate) _____ 97	VISUDYNE _____ 88	VOQUEZNA _____ 96
VIBRAMYCIN CAPS (Use doxycycline hyclate) _____ 94	VITAMIN D3 LIQD PO 125 MCG/ML . 100	VORAXAZE _____ 34
VICTOZA (Use liraglutide) _____ 20	vitamin e CAPS 100 UNIT, 200 UNIT, 268 MG, 400 UNIT, 45 MG, 90 MG, 90 MG _____ 100	VOTRIENT (Use pazopanib hcl) _ 34
VIDAZA SUSR (Use azacitidine) _ 30	vitamin e CAPS 100 UNIT, 400 UNIT . 100	VOTRIENT _____ 34
vigabatrin PACK _____ 14	VITAMIN E CAPS _____ 100	VYNDAMAX _____ 43
vigabatrin TABS _____ 14	VITAMIN E CHEW _____ 100	VYNDAQEL _____ 43
VIGAMOX SOLN OP (Use moxifloxacin hcl (ophth)) _____ 88	VITAMIN E/D-ALPHA CAPS 200 UNIT _____ 100	VYONDYS 53 _____ 85
		VYTORIN (Use ezetimibe- simvastatin) _____ 24
		VYVANSE CAPS _____ 1
		VYVANSE CHEW _____ 1

VYVGART _____	79	XENAZINE (Use tetrabenazine) _	93	YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT ____	3
VYXEOS _____	32	XENLETA TABS _____	28	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT _____	4
WALGREENS GLUCOSE _____	19	XERMELO _____	62	YUSIMRY _____	4
WALGREENS GLUCOSE CHEW .19		XIAFLEX _____	79	YUTIQ _____	89
WAL-TUSSIN CF LIQD 100 MG/5ML-30 MG/5ML-10 MG/5ML .48		XIGDUO XR (Use dapagliflozin propanediol-metformin hcl) _____	18	ZADITOR 0.035 % (Use ketotifen fumarate (ophth)) _____	89
warfarin sodium TABS _____	12	XIPERE _____	89	zaleplon 10 MG _____	66
WELIREG _____	32	XOLAIR SOAJ _____	10	zaleplon 5 MG _____	66
WELLBUTRIN SR TB12 100 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOLR _____	10	ZALTRAP _____	30
WELLBUTRIN SR TB12 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOLAIR SOSY _____	10	ZANAFLEX TABS 4 MG (Use tizanidine hcl) _____	84
WELLBUTRIN SR TB12 200 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOPENEX HFA (Use levalbuterol tartrate) _____	12	ZARONTIN CAPS (Use ethosuximide) _____	15
WELLBUTRIN XL TB24 150 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XOSPATA _____	34	ZARONTIN SOLN (Use ethosuximide) _____	15
WELLBUTRIN XL TB24 300 MG (Use bupropion hcl) _____	16	XTANDI CAPS _____	32	ZARXIO _____	64
white petrolatum-mineral oil _____	86	XTANDI TABS _____	32	ZAVESCA (Use miglustat) _____	64
WILATE KIT _____	63	XURIDEN _____	60	ZEJULA CAPS _____	34
WINDMILL TRAINER MISC _____	76	XYNTHA _____	63	ZELBORAF _____	34
WINRHO SDF SOLN 1500 UNIT/1.3ML, 2500 UNIT/2.2ML, 5000 UNIT/4.4ML, 15000 UNIT/13ML _	90	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 _____	34	YASMIN 28 (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	44	ZEMPLAR SOLN (Use paricalcitol) 60	
XANAX TABS (Use alprazolam) ____	10	YAZ (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	44	ZEPZELCA _____	29
XELJANZ SOLN _____	2	YERVOY _____	31	ZESTORETIC 12.5 MG-10 MG, 12.5 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) _____	27
XELJANZ TABS _____	2	YESINTEK SOLN 45 MG/0.5ML _	51	ZESTORETIC 25 MG-20 MG (Use lisinopril & hydrochlorothiazide) ____	27
XELJANZ XR TB24 _____	2	YESINTEK SOSY _____	51	ZESTRIL TABS 2.5 MG (Use lisinopril) _____	25
XELODA (Use capecitabine) _____	30	YF-VAX SUSR _____	99	ZESTRIL TABS 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (Use lisinopril)	
XEMBIFY _____	90	YONDELIS _____	29		
		YONSA _____	32		
		YUFLYMA (1 PEN) AJKT _____	3		
		YUFLYMA (2 PEN) AJKT _____	3		

25		zoledronic acid CONC _____	58	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG	86
ZETIA (Use ezetimibe) _____	24	zoledronic acid SOLN 5 MG/100ML		ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG	86
ZEVALIN Y-90 _____	31	58		ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG	86
ZIAGEN SOLN (Use abacavir sulfate) _____	39	ZOLEDRONIC ACID SOLN _____	58	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG	86
zidovudine CAPS _____	39	ZOLGENSMA 20.6-21.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG	86
zidovudine SYRP _____	39	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG _____	85	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG	86
zidovudine TABS _____	39	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG	86
ZILRETTA SRER _____	45	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG _____	85	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG	86
zinc oxide (topical) OINT 20 % _____	54	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG	86
zinc sulfate CAPS _____	79	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG _____	85	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG	86
ZINPLAVA _____	90	ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG _____	85	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG _____	86
ziprasidone hcl _____	36	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG _____	85	ZOLINZA _____	34
ZIRABEV _____	30	ZOLGENSMA 13.6-14.0 KG _____	86	zolmitriptan SOLN 5 MG _____	77
ZITHROMAX PACK _____	67	ZOLGENSMA 14.1-14.5 KG _____	86	zolmitriptan TABS _____	77
ZITHROMAX SUSR (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 14.6-15.0 KG _____	86	zolmitriptan TBDP _____	77
ZITHROMAX TABS 250 MG (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 15.1-15.5 KG _____	86	ZOLOFT CONC (Use sertraline hcl)	17
ZITHROMAX TABS 500 MG (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 15.6-16.0 KG _____	86	ZOLOFT TABS 100 MG (Use sertraline hcl) _____	17
ZITHROMAX TRI-PAK TABS (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 16.1-16.5 KG _____	86	ZOLOFT TABS 25 MG, 50 MG (Use sertraline hcl) _____	17
ZITHROMAX Z-PAK TABS (Use azithromycin) _____	67	ZOLGENSMA 16.6-17.0 KG _____	86	zolpidem tartrate TABS _____	66
ZITUVIMET TABS _____	18	ZOLGENSMA 17.1-17.5 KG _____	86	ZOMIG SOLN 5 MG (Use zolmitriptan) _____	77
ZITUVIMET XR TB24 _____	18	ZOLGENSMA 17.6-18.0 KG _____	86	ZONEGRAN CAPS 25 MG, 100 MG (Use zonisamide) _____	14
ZITUVIO _____	19	ZOLGENSMA 18.1-18.5 KG _____	86	zonisamide CAPS _____	14
ZOCOR TABS 10 MG, 20 MG, 40 MG (Use simvastatin) _____	24	ZOLGENSMA 18.6-19.0 KG _____	86	ZORBTIVE SC _____	58
ZOKINVY _____	80	ZOLGENSMA 19.1-19.5 KG _____	86	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	51
ZOLADEX _____	32	ZOLGENSMA 19.6-20.0 KG _____	86	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) _____	51
		ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 20.1-20.5 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG _____	86		
		ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG _____	86		

ZUBSOLV SUBL_____	8
ZULRESSO _____	16
ZYDELIG _____	34
ZYKADIA TABS _____	34
ZYNLONTA _____	31
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)	32