



Planificación familiar - Programa Planning for Healthy Babies (P4HB) de CareSource

1/1/2026

INTRODUCCIÓN

Este es el **Formulario o la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de Medicaid de CareSource** de 2026. Esta lista puede ayudarles a los proveedores en la selección de productos clínicamente adecuados y de menor precio. Todos los medicamentos de Medicaid de Georgia están cubiertos por CareSource. Esta es solo una lista de medicamentos preferidos.

Estos medicamentos han sido revisados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) de CareSource. La lista se encuentra actualizada al momento de la revisión.

No prometemos la exactitud de los datos. Tampoco pretende ser una lista completa. No sustituye el conocimiento, la habilidad y el criterio del proveedor. Todos los datos de la lista constituyen una guía. Los proveedores son totalmente responsables de todas las opciones de medicamentos.

La lista está sujeta a las leyes y normas específicas en cada estado. Estas pueden ser, entre otras:

- las de la opción genérica;
- las listas de sustancias controladas;
- la preferencia por la marca;
- los medicamentos genéricos obligatorios (cuando corresponda).

No asumimos ninguna responsabilidad por las acciones o brechas de ningún proveedor. Deben revisar los datos de los productos del fabricante de medicamentos o las referencias estándar.

PREFACIO

La lista está ordenada por secciones. Cada sección se divide por clase de medicamento terapéutico, según el método de acción. Los productos se mencionan por nombre genérico. El nombre de marca también figura en la lista. Esto es solo a fines informativos. A menos que el medicamento sea una inyección o un caso especial, se menciona la dosis, las formas y las concentraciones.

COMITÉ DE P&T

Se usa un Comité nacional de P&T para aprobar terapias farmacológicas seguras y útiles. Está compuesto por:

- los directores médicos del plan;
- el personal de farmacia;
- personas de la comunidad médica.

DETALLES SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Solo se puede cubrir una concentración, dosificación u otra formulación si se incluye en la lista. No se cubren otras concentraciones, dosificaciones ni formulaciones. Por ejemplo: formas inyectables del producto. Los productos de liberación prolongada y retardada tienen su propio listado.

metformina Glucophage

La lista de productos de liberación inmediata no tendría el producto de liberación extendida.

metformina ext-rel Glucophage XR

Una segunda lista muestra el producto de liberación prolongada.

Las formas de dosificación se incluirán en la sección en que se mencionan.

Neomicina/polimixina B/hidrocortisona Cortisporin

Cortisporin solo figura en la lista de ÓTICOS. Se limita a la solución y la suspensión. No se puede asumir que la crema figura en la lista. Debería formar parte de la sección DERMATOLOGÍA.

Autorización previa (PA)

CareSource puede necesitar que los proveedores nos informen por qué es necesario un medicamento o una cantidad. Esto se denomina PA (Prior Authorization). CareSource debe autorizar esta solicitud antes de que un afiliado reciba el medicamento. "PA" significa que se necesita una autorización previa. Estas son algunas de las razones para una PA:

- Existe un medicamento genérico o alternativo disponible.
- Podría haber abuso o uso indebido del medicamento.
- El medicamento necesita un manejo especial, supervisión o tiene un envío limitado.
- Existen otros medicamentos que se deben probar primero.

Solicitudes de PA

Los asociados de salud pueden solicitar una autorización previa en línea o por fax. Obtenga más información en la página de Proveedores en **CareSource.com**. Es posible que no aprobemos una solicitud de PA para un medicamento. Si no lo hacemos, le diremos al afiliado cómo apelar.

Límites de cantidad

Algunos medicamentos pueden tener límites sobre cuánto se puede administrar de una vez. La abreviatura "QL" (Quantity Limits) se usa para indicar que hay un límite de cantidad. Los QL se basan en la dosis sugerida por los fabricantes de medicamentos. También se tiene en cuenta la seguridad del paciente. La terapia con analgésicos opioides puede tener límites de cantidad. Estos se basan en la dosis recomendada por los fabricantes de medicamentos y/o en los reglamentos estatales.

Los límites de cantidad se encuentran en la lista a continuación.

Terapia escalonada

Es posible que los afiliados deban probar un medicamento antes de tomar otro. Esto se denomina terapia escalonada. Se debe probar un medicamento antes de que se apruebe el uso de otro. CareSource cubrirá ciertos medicamentos solo si se sigue el protocolo de terapia escalonada. Cuando es necesario, se usa "ST" (Step Therapy) en la lista.

Sustitución por medicamento genérico e intercambio terapéutico

La sustitución por un medicamento genérico es una acción de la farmacia. Se ofrece una versión genérica en lugar de un producto de marca. La letra cursiva significa que existe un genérico. No todas las concentraciones o formas de dosificación del genérico pueden estar disponibles como genéricos. Un medicamento de marca que contenga un producto genérico no pertenecerá al formulario. Se cubrirá el producto genérico en lugar del producto de marca. La lista está sujeta a los reglamentos estatales y a las normas sobre la sustitución por medicamentos genéricos.

Los medicamentos genéricos con frecuencia tienen un precio más bajo que los medicamentos de marca. Se deben prescribir en primer lugar si se siguen los estándares. Los medicamentos genéricos de venta con receta están:

- Aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. Esto es por motivo de seguridad y eficacia. Están fabricados bajo los mismos estándares estrictos que los productos de marca.
- Se probaron en humanos. El genérico se debe absorber a la misma velocidad que el producto de marca. Puede diferir de la marca en el tamaño, el color y los ingredientes inactivos. Esto no altera su uso.
- Fabricados con la misma concentración y la misma forma de dosificación que los medicamentos de marca.

Un medicamento genérico tendrá el mismo efecto y será tan seguro como el de marca.

DISEÑO DEL PLAN

La lista muestra un diseño cerrado de plan del formulario. Los medicamentos incluidos en la lista están cubiertos por el plan según se muestra. Ciertos medicamentos están cubiertos si se cumplen con los estándares de gestión de uso. Puede ser ST, PA y/o QL. Se revisarán las solicitudes de medicamentos que no cumplan con los estándares de la lista. Si un medicamento no está en la lista, puede solicitar una excepción al formulario para la cobertura. Se revisarán la necesidad médica o la excepción al formulario. Esto se basa en medidas de PA o los criterios de prescripción estándar que no pertenecen al formulario. Un afiliado o un proveedor pueden solicitar una excepción al formulario. Complete el formulario que se encuentra en la página de la PDL en **CareSource.com**.

AVISO

Los datos de esta lista son privados. La información no se puede copiar en su totalidad o en parte sin una autorización por escrito. © 2024. Todos los derechos reservados.

Esta lista contiene medicamentos con receta de marca que son marcas comerciales o marcas registradas.

CareSource no opera las organizaciones que se mencionan en esta lista. CareSource no es responsable de la confiabilidad del contenido. Estas listas no son una recomendación de CareSource.

Nota: Esta lista se actualiza periódicamente. Es posible que los cambios aparezcan antes de su fecha de entrada en vigencia.

List of Abbreviations

1: Preferred generic product

2: Preferred brand product

ACA: Affordable Care Act

AR: Age Restriction. For certain drugs, the drug may be covered for members in a certain age range without a prior authorization.

OTC: Over-the-Counter. An OTC drug is a non-prescription drug.

PA: Prior Authorization. The Plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval before you fill your prescriptions. If you don't get approval, we may not cover the drug.

QL: Quantity Limit. For certain drugs, the Plan limits the amount of the drug that we will cover.

ST: Step Therapy. In some cases, the Plan requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, we may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, we will then cover Drug B.

Georgia P4HB Family Planning

Table of Contents

ANESTHETICS	3
ANTIARTHRITICS	3
ANTIBIOTICS	3
ANTIFUNGALS	4
ANTIVIRALS	4
BIOLOGICALS	4
CONTRACEPTIVES	4
PRE-NATAL VITAMINS	6

CURRENT AS OF 1/1/2026

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
ANESTHETICS		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
ANTIARTHRITICS		
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	
ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	1	
<i>ampicillin</i>	1	
AVIDOXY	1	
<i>azithromycin oral</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefpodoxime</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>cefuroxime axetil</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral</i>	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	1	
CLINDAMYCIN PEDIATRIC	1	
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	
<i>dicloxacillin</i>	1	
E.E.S. 400	1	
ERY-TAB ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 250 MG, 333 MG	1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec)</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	1	
<i>levofloxacin oral</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	QL (99 GM per 99 days)
<i>minocycline oral capsule</i>	1	
<i>minocycline oral tablet</i>	1	
MONDOXYNE NL	1	
MORGIDOX	1	
<i>neomycin</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst</i>	1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral</i>	1	
SULFATRIM	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
URELLE	2	
URETRON D-S	1	
VANDAZOLE	1	QL (99 GM per 99 days)
ANTIFUNGALS		
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>ketoconazole oral</i>	1	
<i>nystatin oral tablet</i>	1	
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	QL (99 EA per 99 days)
<i>terconazole</i>	1	
ANTIVIRALS		
<i>valacyclovir</i>	1	
BIOLOGICALS		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	2	
BOOSTRIX TDAP	2	
ENGERIX-B (PF)	2	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	2	
HEPLISAV-B (PF)	2	
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	2	
TENIVAC (PF)	2	
CONTRACEPTIVES		
AFIRMELLE	1	
ALTAVERA (28)	1	
ALYACEN 1/35 (28)	1	
ALYACEN 7/7/7 (28)	1	
AMETHIA	1	QL (99 EA per 99 days)
AMETHYST (28)	1	QL (99 EA per 99 days)
APRI	1	
ARANELLE (28)	1	
ASHLYNA	1	QL (99 EA per 99 days)
AUBRA	1	
AUBRA EQ	1	
AUROVELA 1.5/30 (21)	1	
AUROVELA 1/20 (21)	1	
AUROVELA 24 FE	1	
AUROVELA FE 1.5/30 (28)	1	
AUROVELA FE 1-20 (28)	1	
AVIANE	1	
AYUNA	1	
AZURETTE (28)	1	
BALZIVA (28)	1	
BLISOVI 24 FE	1	
BLISOVI FE 1.5/30 (28)	1	
BLISOVI FE 1/20 (28)	1	
BRIELLYN	1	
CAMILA	1	
CAMRESE	1	QL (99 EA per 99 days)
CAMRESE LO	1	QL (99 EA per 99 days)
CAZIENT (28)	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
CHATEAL EQ (28)	1	
CRYSELLE (28)	1	
CYRED	1	
CYRED EQ	1	
DASETTA 1/35 (28)	1	
DASETTA 7/7/7 (28)	1	
DAYSEE	1	QL (99 EA per 99 days)
DEBLITANE	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
ELINEST	1	
ELURYNG	1	
ENPRESSE	1	
ENSKYCE	1	
ERRIN	1	
ESTARYLLA	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
FALMINA (28)	1	
HAILEY	1	
HAILEY 24 FE	1	
HEATHER	1	
INCASSIA	1	
ISIBLOOM	1	
JASMIEL (28)	1	
JENCYCLA	1	
JOLESSA	1	QL (99 EA per 99 days)
JULEBER	1	
JUNEL 1.5/30 (21)	1	
JUNEL 1/20 (21)	1	
JUNEL FE 1.5/30 (28)	1	
JUNEL FE 1/20 (28)	1	
JUNEL FE 24	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
KAITLIB FE	1	
KALLIGA	1	
KARIVA (28)	1	
KELNOR 1/35 (28)	1	
KURVELO (28)	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	1	QL (99 EA per 99 days)
LARIN 1.5/30 (21)	1	
LARIN 1/20 (21)	1	
LARIN 24 FE	1	
LARIN FE 1.5/30 (28)	1	
LARIN FE 1/20 (28)	1	
LESSINA	1	
LEVONEST (28)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	1	QL (99 EA per 99 days)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	QL (99 EA per 99 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	1	
LEVORA-28	1	
LORYNA (28)	1	
LOW-OGESTREL (28)	1	
LO-ZUMANDIMINE (28)	1	
LUTERA (28)	1	
LYZA	1	
MARLISSA (28)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i>	1	QL (99 ML per 99 days)
MICROGESTIN 1.5/30 (21)	1	
MICROGESTIN 1/20 (21)	1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28)	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
MICROGESTIN FE 1/20 (28)	1	
MILI	1	
MONO-LINYAH	1	
NECON 0.5/35 (28)	1	
NIKKI (28)	1	
NORA-BE	1	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
NORTREL 0.5/35 (28)	1	
NORTREL 1/35 (21)	1	
NORTREL 1/35 (28)	1	
NORTREL 7/7/7 (28)	1	
OCELLA	1	
PHILITH	1	
PIMTREA (28)	1	
PORTIA 28	1	
RECLIPSEN (28)	1	
SETLAKIN	1	QL (99 EA per 99 days)
SHAROBEL	1	
SIMLIYA (28)	1	
SIMPESSE	1	QL (99 EA per 99 days)
SPRINTEC (28)	1	
SRONYX	1	
SYEDA	1	
TARINA 24 FE	1	
TARINA FE 1/20 (28)	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
TARINA FE 1-20 EQ (28)	1	
TILIA FE	1	
TRI-ESTARYLLA	1	
TRI-LEGEST FE	1	
TRI-LINYAH	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRI-LO-MARZIA	1	
TRI-LO-MILI	1	
TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRI-MILI	1	
TRI-SPRINTEC (28)	1	
TRI-VYLIBRA	1	
TRI-VYLIBRA LO	1	
TULANA	1	
VELIVET TRIPHASIC REGIMEN (28)	1	
VIENVA	1	
VIORELE (28)	1	
VYFEMLA (28)	1	
VYLIBRA	1	
WERA (28)	1	
WYMZYA FE	1	
XULANE	1	
ZAFEMY	1	
ZARAH	1	
ZUMANDIMINE (28)	1	
PRE-NATAL VITAMINS		
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	2	
M-NATAL PLUS	1	
PRENATABS FA	1	
PRENATABS RX	1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE	2	
PRENATAL PLUS	1	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB)	1	

Drug Name	Tier	Restrictions / Limits
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE	1	
THRIVITE RX	2	
TRICARE	2	
TRINATAL RX 1	1	

Index

ADACEL(TDAP		DASETTA 7/7/7 (28).....	5	LARIN FE 1/20 (28).....	5
ADOLESN/ADULT)(PF).....	4	DAYSEE.....	5	LESSINA.....	5
AFIRMELLE.....	4	DEBLITANE.....	5	levofloxacin.....	3
ALTAVERA (28).....	4	desog-e.estradiol/e.estradiol.....	5	LEVONEST (28).....	5
ALYACEN 1/35 (28).....	4	dicloxacillin.....	3	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	5
ALYACEN 7/7/7 (28).....	4	drospirenone-ethinyl estradiol.....	5	levonorg-eth estrad triphasic.....	5
AMETHIA.....	4	E.E.S. 400.....	3	LEVORA-28.....	5
AMETHYST (28).....	4	ELINEST.....	5	LORYNA (28).....	5
amoxicillin.....	3	ELURYNG.....	5	LOW-OGESTREL (28).....	5
amoxicillin-pot clavulanate.....	3	ENGERIX-B (PF).....	4	LO-ZUMANDIMINE (28).....	5
ampicillin.....	3	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	4	LUTERA (28).....	5
APRI.....	4	ENPRESSE.....	5	LYZA.....	5
ARANELLE (28).....	4	ENSKYCE.....	5	MARLISSA (28).....	5
ASHLYNA.....	4	ERRIN.....	5	medroxyprogesterone.....	5
AUBRA.....	4	ERY-TAB.....	3	metronidazole.....	3
AUBRA EQ.....	4	ERYTHROCIN (AS		MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	5
AUROVELA 1.5/30 (21).....	4	STEARATE).....	3	MICROGESTIN 1/20 (21).....	5
AUROVELA 1/20 (21).....	4	erythromycin.....	3	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....	5
AUROVELA 24 FE.....	4	erythromycin ethylsuccinate.....	3	MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	6
AUROVELA FE 1.5/30 (28).....	4	ESTARYLLA.....	5	MILI.....	6
AUROVELA FE 1-20 (28).....	4	ethynodiol diac-eth estradiol.....	5	minocycline.....	3
AVIANE.....	4	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	5	M-NATAL PLUS.....	6
AVIDOXY.....	3	FALMINA (28).....	5	MONDOXYNE NL.....	3
AYUNA.....	4	fluconazole.....	4	MONO-LINYAH.....	6
azithromycin.....	3	griseofulvin microsize.....	4	MORGIDOX.....	3
AZURETTE (28).....	4	griseofulvin ultramicrosize.....	4	naproxen.....	3
BALZIVA (28).....	4	HAILEY.....	5	naproxen sodium.....	3
BLISOVI 24 FE.....	4	HAILEY 24 FE.....	5	NECON 0.5/35 (28).....	6
BLISOVI FE 1.5/30 (28).....	4	HEATHER.....	5	neomycin.....	3
BLISOVI FE 1/20 (28).....	4	HEPLISAV-B (PF).....	4	NIKKI (28).....	6
BOOSTRIX TDAP.....	4	INCASSIA.....	5	nitrofurantoin.....	4
BRIELLYN.....	4	ISIBLOOM.....	5	nitrofurantoin macrocrystal.....	3
CAMILA.....	4	JASMIEL (28).....	5	nitrofurantoin monohyd/m-cryst.....	4
CAMRESE.....	4	JENCYCLA.....	5	NORA-BE.....	6
CAMRESE LO.....	4	JOLESSA.....	5	noreth-ethinyl estradiol-iron.....	6
CAZANT (28).....	4	JULEBER.....	5	norethindrone (contraceptive).....	6
cefadroxil.....	3	JUNEL 1.5/30 (21).....	5	norethindrone ac-eth estradiol.....	6
cefdinir.....	3	JUNEL 1/20 (21).....	5	norethindrone-e.estradiol-iron.....	6
cefepodoxime.....	3	JUNEL FE 1.5/30 (28).....	5	norgestimate-ethinyl estradiol.....	6
cefprozil.....	3	JUNEL FE 1/20 (28).....	5	NORTREL 0.5/35 (28).....	6
cefuroxime axetil.....	3	JUNEL FE 24.....	5	NORTREL 1/35 (21).....	6
cephalexin.....	3	KAITLIB FE.....	5	NORTREL 1/35 (28).....	6
CHATEAL EQ (28).....	5	KALLIGA.....	5	NORTREL 7/7/7 (28).....	6
ciprofloxacin.....	3	KARIVA (28).....	5	nystatin.....	4
ciprofloxacin hcl.....	3	KELNOR 1/35 (28).....	5	OCELLA.....	6
clarithromycin.....	3	ketoconazole.....	4	penicillin v potassium.....	4
clindamycin hcl.....	3	KOSHER PRENATAL PLUS		phenazopyridine.....	3
CLINDAMYCIN PEDIATRIC.....	3	IRON.....	6	PHILITH.....	6
clindamycin phosphate.....	3	KURVELO (28).....	5	PIMTREA (28).....	6
clotrimazole.....	4	I norgest/e.estradiol-e.estrad.....	5	PORTIA 28.....	6
CRYSELLE (28).....	5	LARIN 1.5/30 (21).....	5	PRENATABS FA.....	6
CYRED.....	5	LARIN 1/20 (21).....	5	PRENATABS RX.....	6
CYRED EQ.....	5	LARIN 24 FE.....	5	PRENATAL 19.....	6
DASETTA 1/35 (28).....	5	LARIN FE 1.5/30 (28).....	5	PRENATAL PLUS.....	6

PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB).....	6
PRENATAL VITAMIN PLUS	
LOW IRON.....	7
RECLIPSEN (28).....	6
RECOMBIVAX HB (PF).....	4
SE-NATAL 19 CHEWABLE.....	7
SETLAKIN.....	6
SHAROBEL.....	6
SIMLIYA (28).....	6
SIMPESSE.....	6
SPRINTEC (28).....	6
SRONYX.....	6
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	4
SULFATRIM.....	4
SYEDA.....	6
TARINA 24 FE.....	6
TARINA FE 1/20 (28).....	6
TARINA FE 1-20 EQ (28).....	6
TENIVAC (PF).....	4
<i>terbinafine hcl</i>	4
<i>terconazole</i>	4
THRIVITE RX.....	7
TILIA FE.....	6
TRICARE.....	7
TRI-ESTARYLLA.....	6
TRI-LEGEST FE.....	6
TRI-LINYAH.....	6
TRI-LO-ESTARYLLA.....	6
TRI-LO-MARZIA.....	6
TRI-LO-MILI.....	6
TRI-LO-SPRINTEC.....	6
<i>trimethoprim</i>	4
TRI-MILI.....	6
TRINATAL RX 1.....	7
TRI-SPRINTEC (28).....	6
TRI-VYLIBRA.....	6
TRI-VYLIBRA LO.....	6
TULANA.....	6
URELLE.....	4
URETRON D-S.....	4
<i>valacyclovir</i>	4
VANDAZOLE.....	4
VELIVET TRIPHASIC	
REGIMEN (28).....	6
VIENVA.....	6
VIORELE (28).....	6
VYFEMLA (28).....	6
VYLIBRA.....	6
WERA (28).....	6
WYMZYA FE.....	6
XULANE.....	6
ZAFEMY.....	6
ZARAH.....	6
ZUMANDIMINE (28).....	6