



FORMULARIO PARA 2026

(LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

FORMULARY ID 26332, VERSION 7

ASTIVA HEALTH SERVICIO AL MIEMBRO

1-866-688-9021 (TTY: 711)

Horas de operación:

8:00AM to 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1 - Marzo 31
8:00AM to 8:00PM, de lunes - viernes, excepto días festivos
de Abril 1 - Septiembre 30

MESA DE ASISTENCIA DE FARMACIA

1-833-697-6561

Horas de operación:

24 horas al día, 7 días a la semana

ESTE FORMULARIO SE ACTUALIZO EL **01/01/2026**. PARA CONSULTAR UN LISTADO COMPLETO O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON ASTIVA HEALTH, INC'S DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MIEMBRO AL 1-866-688-9021. (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711), DE 8:00AM A 8:00PM, SIETE DÍAS A LA SEMANA DE OCTUBRE 1 - MARZO 31, Y 8:00AM A 8:00PM DE LUNES- VIERNES, EXCEPTO FESTIVOS IMPORTANTES DE ABRIL 1- SEPTIEMBRE 30 8:00AM A 8:00PM, O VISITE WWW.ASTIVAHEALTH.COM.

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Astiva Health. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa Astiva Health Savings Plan (HMO) 001, Astiva Health Savings Plan - NorCal (HMO) 011, Astiva Health Premier Plan (HMO) - NorCal 012, Astiva Health C-SNP Deluxe (HMO C-SNP) 007, Astiva Health C-SNP WOW (HMO C-SNP) 008, Astiva Health C-SNP WOW - NorCal (HMO C-SNP) 013 o Astiva Health Premier Plan (HMO) 015.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada al **01/01/2026**. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de medicamentos (formulario), aparece en las páginas frontal y posterior de la portada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Astiva Health?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Astiva Health en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Astiva Health generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Astiva Health y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Astiva Health puede agregar o eliminar medicamentos en el formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: <https://astivahealth.com/en-us/resources>

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales. Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico

original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca , o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos dicho cambio, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Astiva Health?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulado "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

Medicamentos retirados del mercado. Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia , podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.

Otros cambios. Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y continúen cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Astiva Health?"

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no te afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarían, y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios para conocer si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al **01/01/2026**. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Astiva Health, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. En el caso de cambios no relacionados con el mantenimiento en el formulario durante el año de beneficios 2026, Astiva Health puede notificarle los cambios a través de hojas de erratas del formulario que se le envíen por correo.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Dolencia

El formulario comienza en la página 8. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 8. Luego, busque en el nombre de la categoría su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento.

Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Astiva Health cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien y generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1 "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Autorización previa: Astiva Health requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Astiva Health antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Astiva Health no cubra el medicamento.

Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, Astiva Health limita la cantidad del medicamento que cubrirá Astiva Health. Por ejemplo, Astiva Health proporciona 30 tabletas por receta para *la tableta oral de pioglitazona hcl*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

Terapia escalonada: En algunos casos, Astiva Health requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Astiva Health no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Astiva Health cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando el formulario que comienza en la página 8. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Puede pedirle a Astiva Health que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le dé una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Astiva Health?" en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare .

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Astiva Health no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Astiva Health. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Astiva Health.
- Puede pedirle a Astiva Health que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Astiva Health?

Puede pedirle a Astiva Health que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluya autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Astiva Health limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se

aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Astva Health solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o continuo en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de medicamentos para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ha pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Para los miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención, en el que el miembro cambia de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: LTC a hospital a LTC, hospital a hogar, hogar a LTC), al momento de la admisión o el alta de un entorno de tratamiento o LTC, Astva Health permitirá que el miembro acceda a un reabastecimiento equivalente a un suministro de un mes para medicamentos del formulario y un surtido de transición de suministro de emergencia de un mes para medicamentos fuera del formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que están en el formulario de Astva Health pero que requieren autorización previa o terapia escalonada).

Esta política no se aplica a las licencias a corto plazo (es decir, días festivos o vacaciones) de LTC o instalaciones hospitalarias.

En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en el entorno ambulatorio, Astiva Health seguirá proporcionando un suministro de emergencia de medicamentos fuera del formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el formulario de un patrocinador del plan que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización del patrocinador del plan), caso por caso, mientras se procesa una solicitud de excepción. En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en el entorno de LTC, Astiva Health seguirá proporcionando un suministro de emergencia de medicamentos no incluidos en el formulario cubiertos por la Parte D (incluidos los medicamentos cubiertos por la Parte D que se encuentran en el formulario de un patrocinador del plan que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización del patrocinador del plan), mientras se procesa una solicitud de excepción.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Astiva Health, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Astiva Health, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Astiva Health

El siguiente formulario que comienza en la página siguiente proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Astiva Health. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (p. ej., JANUMET ORAL TABLET) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas en cursiva (p. ej., *repaglinide oral tablet*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Astiva Health tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Astiva CSNP 2026 6-Tier (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Lista de medicamentos por condición médica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	12
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	30
AGENTES ANTIANSIEDAD	31
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	32
AGENTES ANTIDIABETICO.....	32
AGENTES ANTIGOTA	38
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	38
AGENTES ANTINAUSEA	40
AGENTES ANTIPARASITARIOS	41
AGENTES ANTIPARKINSON.....	42
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	43
AGENTES CALÓRICOS.....	50
AGENTES CARDIOVASCULARES	51
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	61
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	62
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	63
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	63
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	67
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	72
AGENTES DERMATOLÓGICOS	72
AGENTES GASTROINTESTINALES	76
AGENTES GENITOURINARIOS.....	79
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	80
AGENTES INMUNOLÓGICOS	85
AGENTES OFTÁLMICOS	98
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	99
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	103

AGENTES VASODILATADORES	105
ANALGÉSICOS.....	105
ANESTÉSICOS.....	109
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	110
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	110
ANTIBACTERIANOS	110
ANTICONCEPTIVOS	118
ANTICONVULSIVOS	126
ANTIDEPRESIVOS	131
ANTIFÚNGICOS.....	134
ANTIISTAMÍNICOS	136
ANTIMICOBACTERIALES	137
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	137
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS	144
DISPOSITIVOS	144
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	190
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	191
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	194
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	195
VITAMINAS Y MINERALES	195

La leyenda

1: Medicamentos Genericos Preferidos

2: Medicamentos Genericos

3: Medicamentos De Marca Preferidos

4: Medicamentos No Preferidos

5: Medicamentos De Especialidad

6: Medicamentos De Atención Selecta

AGE: Limita el uso de medicamentos dependiendo de la edad.

EX: Medicamento Excluido - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare y se considera una cobertura mejorada. El monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. Se aplican límites de cantidad y este medicamento puede estar cubierto durante el período de brecha según el diseño del plan individual.

HI: Infusión Casera - Este medicamento recetado está cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-697-6561, 7 días de la semana y 24 horas del día. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

NDS: No Hay Suministro Extendido - Este medicamento está limitado a un suministro de 30 días por receta, incluido el pedido por correo.

NM: Este medicamento no está disponible mediante pedido por correo

PA: Autorización Previa - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

PA BvD: Autorización Previa - Parte B vs. Parte D - Algunos medicamentos pueden tener cobertura de la Parte B o Parte D de Medicare, según las circunstancias.

PA NSO: Autorización Previa - Sólo Para Nuevo Inicios - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

este medicamento.

PA-HRM: Medicamentos De Alto Riesgo - Es posible que se requiera autorización previa (PA) para personas mayores de 65 años.

QL: Limite de Cantidad - Un limite de cantidad se ha implementado en el medicamento recetado.

ST: Terapia Escalonada - Los requisitos de la terapia escalonada deben cumplirse antes de surtir el medicamento recetado.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

01/01/2026

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES ANTI CÁNCER		
<i>Agentes Anti Cáncer</i>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	2	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 ML per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 EA per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (66 EA per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	5	NM; HI; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (Bendeka)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (75 ML per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO; NM; HI; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	5	PA NSO; NM; HI; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA NSO; NM; HI; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 EA per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 ML per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Phyrago)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Phyrago)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; HI; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	5	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 ML per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; HI; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	NM; HI; NDS
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	HI
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	5	NM; NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 EA per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	4	NM; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG (lomustine)	5	NM; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 ML per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (216 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (280 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 ML per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	4	PA NSO; NM; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 EA per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	4	PA NSO; NM; NDS
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (15 ML per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (40 ML per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 EA per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	5	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	HI
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 EA per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i> (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i> (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
NILOTINIB TARTRATE ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
NILOTINIB TARTRATE ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 EA per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 EA per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; HI; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NM; HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NM; HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; HI; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; HI; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 EA per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 EA per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	5	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 EA per 30 days)
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	NM; NDS
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 EA per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO; NM; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 EA per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; HI; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	HI
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 ML per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST; NM; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; HI; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO; NM; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
<i>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</i>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	NM; NDS
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	NM; NDS; QL (240 ML per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (336 EA per 365 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
AGENTES ANTIANSIEDAD		
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	4	NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 ML per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	1	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 ML per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	NM; NDS; QL (2 ML per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 ML per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	1	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (120 EA per 30 days)
AGENTES ANTIDEMENCIA		
<i>Agentes Antidemencia</i>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	2	QL (30 EA per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO		
<i>Agentes Antidiabeticos, Varios</i>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i> (Farxiga) 10 mg, 5 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, (dapagliflozin 5 MG propanediol)	3	QL (30 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50- 1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	4	NM; NDS; QL (765 ML per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	3	QL (60 EA per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	3	max \$35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insuln)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Admelog U-100 Insulin lispro)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN (insulin asp prt-insulin aspart) U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR (insulin glargine u-300 conc) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (18 ML per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 (insulin glargine u-300 conc) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (15 ML per 28 days)
Sulfonilureas		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg (Mitigare)	2	QL (60 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg (Colcrys)	2	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)	4	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	2	
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
Agentes Antimigraña		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-</i> (Migranal) <i>aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	5	ST; NM; NDS; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 ML per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 EA per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> (Maxalt-MLT) <i>10 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> <i>5 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer,</i> (Imitrex STATdose Pen) <i>suv</i>	2	QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol</i> <i>20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100</i> (Imitrex) <i>mg</i>	1	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25</i> (Imitrex) <i>mg, 50 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>cartridge 6 mg/0.5 ml</i> Refill)	4	NM; NDS; QL (4 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	NM; NDS; QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (5 ML per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 EA per 30 days)
AGENTES ANTINAUSEA		
<i>Agentes Antinausea</i>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	4	PA; NM; NDS; PA-HRM; QL (10 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NM; NDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	HI
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	NM; NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
AGENTES ANTIPARKINSON		
<i>Agentes Antiparkinson</i>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 EA per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NM; NDS; QL (600 ML per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	NM; NDS
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	4	NM; NDS
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (560 ML per 28 days)
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
<i>Agentes Antipsicóticos</i>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 ML per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 ML per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	4	ST; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	4	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 ML per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	4	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	4	ST; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	4	ST; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NM; NDS; QL (2.25 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NM; NDS; QL (0.25 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 ML per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST; NM; NDS
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST; NM; NDS
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	NM; NDS
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 ML per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 ML per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 ML per 21 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 ML per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 ML per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg</i> (Latuda)	4	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	4	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 EA per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	2	QL (2 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>risperidone microspheres</i> (Rykindo) <i>intramuscular suspension,extended</i> <i>rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	NM; NDS
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	5	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NM; NDS; QL (0.28 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NM; NDS; QL (0.35 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NM; NDS; QL (0.42 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 ML per 56 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 ML per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 ML per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST; NM; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 EA per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS		
<i>Agentes Calóricos</i>		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD; NM; NDS
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD; NM; NDS
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD; NM; NDS
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD; NM; NDS
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	2	HI
AGENTES CARDIOVASCULARES		
<i>Agentes Alfa-Adrenérgicos</i>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> (Northera)	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>Agentes Antiarrítmicos</i>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i>	4	NM; NDS
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	NM; NDS
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	NM; NDS
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	NM; NDS
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	4	NM; NDS; QL (600 ML per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	5	PA; NM; NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	PA; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</i>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	3	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Entresto)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	6	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 5-160-12.5 mg</i> (Exforge HCT)	4	NM; NDS
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-10 mg, 5-10 mg	6	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	6	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram	2	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	4	NM; NDS
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram	2	
<i>colestipol oral tablet</i> 1 gram (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet</i> 10 mg (Zetia)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-10 mg (Vytorin 10-10)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-20 mg (Vytorin 10-20)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-40 mg (Vytorin 10-40)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-80 mg (Vytorin 10-80)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg, 54 mg	1	
<i>fluvastatin oral capsule</i> 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release</i> 24 hr 80 mg (Lescol XL)	6	
<i>gemfibrozil oral tablet</i> 600 mg (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule</i> 0.5 gram (Vascepa)	2	QL (240 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	4	NM; NDS
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 EA per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	ST; QL (7 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; QL (6 ML per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; QL (6 ML per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Jynarque)	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</i>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ramipril oral capsule 10 mg	6	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)	2	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
Vasodilatadores		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg (Isordil Titrados)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	1	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (Nitro-Dur)	2	
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
alosetron oral tablet 0.5 mg (Lotronex)	2	
alosetron oral tablet 1 mg (Lotronex)	5	NM; NDS
balsalazide oral capsule 750 mg (Colazal)	2	
budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	NM; NDS
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	NM; NDS
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
<i>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</i>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	4	NM; NDS; QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 EA per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	NM; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	NM; NDS
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	5	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 ML per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Bonsity)	5	PA; NM; NDS; QL (2.24 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO

Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NM; NDS; QL (540 ML per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 EA per 30 days)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 EA per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 EA per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 EA per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 EA per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	(Adderall XR)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	(Adderall XR)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Adderall)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	(Tecfidera)	2	PA; QL (14 EA per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	(Tecfidera)	2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	(Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	(Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)		5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 ML per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 EA per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> (Xenazine)	2	PA; QL (112 EA per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
<i>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</i>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 EA per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 ML per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (3 EA per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (0.4 ML per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; HI; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (28 EA per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5	PA; NM; NDS; QL (1 EA per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 GM per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	3	QL (30 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>breyina inhalation hfa aerosol inhaler</i> 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation (budesonide-formoterol)	4	NM; NDS; QL (30.9 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna)	4	NM; NDS; QL (30.6 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	4	NM; NDS; QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	4	NM; NDS; QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	4	NM; NDS; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 EA per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	4	NM; NDS
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	2	QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	4	NM; NDS; QL (36 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	NM; NDS; QL (25.8 GM per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 GM per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 GM per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 GM per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	4	NM; NDS
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	2	QL (30 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 EA per 30 days)

AGENTES DENTALES Y ORALES

Agentes Dentales Y Orales

<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	4	NM; NDS
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i> (DentaGel)	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	4	NM; NDS
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	

AGENTES DERMATOLÓGICOS

Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos

<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
--	---	--

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	4	NM; NDS
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	4	NM; NDS
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	4	NM; NDS
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	4	NM; NDS; QL (100 GM per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	NM; NDS; QL (30 GM per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 5 %</i>	4	NM; NDS
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	5	ST; NM; NDS; QL (5 EA per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (60 GM per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	NM; NDS; QL (180 GM per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	4	NM; NDS
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	NM; NDS
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 GM per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	NM; NDS
Escabicidas Y Pediculidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	NM; NDS
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 GM per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	NM; NDS
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA; NM; NDS
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	4	NM; NDS
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	4	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	4	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	4	PA; NM; NDS
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	5	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 EA per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
Laxantes		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	2	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule</i> 0.5 mg (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet</i> 5 mg (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule</i> 0.4 mg (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i> 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release</i> 24 hr 4 mg (Toviaz)	4	NM; NDS
<i>fesoterodine oral tablet extended release</i> 24 hr 8 mg (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet</i> 100 mg	2	
<i>mirabegron oral tablet extended release</i> 24 hr 25 mg, 50 mg (Myrbetriq)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i> 5 mg/5 ml	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i> 5 mg	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	
<i>solifenacin oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Vesicare)	2	
<i>tolterodine oral capsule, extended release</i> 24hr 2 mg, 4 mg	2	
<i>tolterodine oral tablet</i> 1 mg, 2 mg	2	
<i>trospium oral tablet</i> 20 mg	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg (Euthyrox)	1	
levothyroxine oral tablet 300 mcg (Levo-T)	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg (Cytomel)	2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS
Andrógenos		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg	2	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml (Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	1	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	2	PA; QL (5 ML per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %) (Vogelxo)	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) (AndroGel)	4	PA; NM; NDS; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram) (Vogelxo)	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg (estradiol-norethindrone acet)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg (estradiol-norethindrone acet)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	NM; NDS; QL (18 EA per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Abigale Lo)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Abigale)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	4	NM; NDS; QL (18 EA per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 ML per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	4	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	4	NM; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 ML per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 ML per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (0.65 ML per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 ML per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) <i>100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) <i>100 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress) tablet 0.25 mg</i>	2	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress) tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)</i>	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	4	PA BvD; NM; NDS
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; NM; NDS
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST; NM; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (ustekinumab)	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	5	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
TREMFYA 100 MG/ML ONE-PRESS	5	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab intravenous solution</i> (Stelara) <i>130 mg/26 ml</i>	5	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution</i> (Stelara) <i>45 mg/0.5 ml</i>	5	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab subcutaneous syringe</i> (Stelara) <i>45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 EA per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	3	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50- 50-50-25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay; QL (2 EA per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	3	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	3	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	\$0 copay
AGENTES OFTÁLMICOS		
<i>Agentes Antiglaucoma</i>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	4	NM; NDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %</i>	4	NM; NDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)</i>	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	NM; NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	NM; NDS; QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	NM; NDS; QL (5 ML per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
<i>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</i>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 ML per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 GM per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	NM; NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% (neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g (neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 % (Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram (bacitracin-polymyxin b)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	4	NM; NDS
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NM; NDS; QL (10 ML per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	NM; NDS
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette</i> (Restasis) 0.05 %	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	4	NM; NDS
EYSUVIS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 ML per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	4	NM; NDS; QL (50 ML per 25 days)
<i>fluocinolone acetone oil otic (ear) drops</i> 0.01 % (DermOtic Oil)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.1 % (FML Liquifilm)	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 GM per 30 days)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 ML per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Acular)	1	QL (10 ML per 25 days)
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 GM per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel</i> 0.5 % (Lotemax)	4	NM; NDS; QL (10 GM per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	4	NM; NDS; QL (15 ML per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	4	NM; NDS; QL (34 GM per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	NM; NDS
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (60 ML per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	1	QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	4	NM; NDS
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 ML per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 ML per 10 days)
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 ML per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Advanced Eye Relief (olopatad))	1	
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	3	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	5	NM; NDS
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	3	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	5	PA; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	5	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	QL (30 GM per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 EA per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NM; NDS; QL (12 EA per 30 days)
AGENTES VASODILATADORES		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
ANALGÉSICOS		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 ML per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 GM per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbiro)	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	PA; PA-HRM; QL (20 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	1	NDS; QL (4500 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	NDS; QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	2	NDS; QL (4 EA per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	PA; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	4	PA; NM; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	4	PA; NM; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	PA; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (360 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>		2	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>		2	NDS; QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		1	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		1	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	(Dilaudid)	1	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>		1	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>		1	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>		1	PA; NDS; QL (180 ML per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>		1	NDS; QL (700 ML per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>		1	NDS; QL (300 ML per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg</i>		2	NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 200 mg</i>	4	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	NDS; QL (300 EA per 30 days)
ANESTÉSICOS		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (240 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>lidocaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
<i>Antagonistas De Metales Pesados</i>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
<i>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</i>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	4	NM; NDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	4	NM; NDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	NM; NDS
ANTIBACTERIANOS		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (235.2 ML per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	HI
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	HI
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 EA per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	HI
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	HI
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; HI; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	5	NM; HI; NDS
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gram</i>	2	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	HI
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 EA per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 EA per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
Antibióticos B-Lactam		
Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	HI
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i>	4	NM; HI; NDS
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NM; NDS
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	HI
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NM; NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	HI
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	HI
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	HI
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	2	HI
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; HI; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	HI
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	5	NM; NDS; QL (20 EA per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	4	NM; NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	NM; NDS
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	NM; NDS
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	5	NM; NDS; QL (20 EA per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	NM; NDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	NM; NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	NM; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	2	HI
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	HI
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	4	NM; NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner</i>	2	HI
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) (Avelox in NaCl (iso- intravenous piggyback 400 mg/250 osmotic)) ml</i>	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NM; NDS
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	HI
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	HI
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	2	HI
ANTICONCEPTIVOS		
<i>Anticonceptivos</i>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Kariva (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 EA per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	NM; NDS; QL (1 EA per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Valtya)	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	2	QL (1 EA per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 EA per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 EA per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 EA per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	4	NM; NDS; QL (91 EA per 84 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	NM; NDS
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	4	NM; NDS
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Amethyst (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	1	QL (91 EA per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lultera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	4	NM; NDS
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	2	QL (3 EA per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tilia Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Tri-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Estarylla)	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 EA per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	4	NM; NDS
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet</i> 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>valtya oral tablet</i> 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>viorele (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>xarah fe oral tablet</i> 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly</i> 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 EA per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly</i> 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
ANTICONVULSIVOS		
<i>Anticonvulsivos</i>		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (80 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	2	QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	2	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	4	NM; NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	NM; NDS
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	5	ST; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	HI
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (720 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 ML per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	HI
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Spritam)	2	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	NM; NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	NM; NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	PA NSO; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	PA NSO; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	4	ST; NM; NDS
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	2	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	HI
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5	NM; NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	NM; NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	NM; NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 ML per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
<i>Antidepressivos</i>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	NM; NDS
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	NM; NDS
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NM; NDS
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	NM; NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	NM; NDS
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	4	PA NSO; NM; NDS; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	4	PA NSO; NM; NDS; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 ML per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	NM; NDS
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NM; NDS
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 EA per 14 days)
ANTIFÚNGICOS		
<i>Antifúngicos</i>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD; NM; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 ML per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	4	NM; NDS; QL (180 ML per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 GM per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	5	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	2	QL (170 GM per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	HI
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	NM; NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	4	NM; NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 GM per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 ML per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln</i> (Mycamine) 100 mg, 50 mg	2	HI
<i>miconazole-3 vaginal suppository</i> 200 mg	2	
<i>nyamyc topical powder 100,000</i> (nystatin) unit/gram	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000</i> unit/ml	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000</i> unit/gram	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000</i> unit/gram	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000</i> (Nystop) unit/gram	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream</i> 100,000-0.1 unit/g-%	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical</i> <i>ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000</i> (nystatin) unit/gram	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed</i> <i>release (dr/ec) 100 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln</i> (Vfend IV) 200 mg	5	PA BvD; NM; HI; NDS
<i>voriconazole oral suspension for</i> (Vfend) <i>reconstitution 200 mg/5 ml (40</i> <i>mg/ml)</i>	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50</i> <i>mg</i>	4	NM; NDS
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>Antihistamínicos</i>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
<i>Antimicobacteriales</i>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NM; NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	NM; NDS
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	HI
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	NM; NDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
<i>Antirretrovirales</i>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 ML per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular</i> (Apretude) <i>suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 ML per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	2	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100- 300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofof oral tablet 600-200-300 mg</i>	2	
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral</i> (Symfi) <i>tablet 600-300-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral</i> (Truvada) <i>tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200- 300 mg</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NM; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	NM; NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	4	NM; NDS; QL (480 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	NM; NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	NM; NDS
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	NM; NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	NM; NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	NM; HI; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	NM; NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	NM; NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	2	QL (84 EA per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	2	QL (48 EA per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	2	QL (42 EA per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	2	QL (540 ML per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	QL (11 EA per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	2	QL (30 EA per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	NM; NDS; QL (60 EA per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (Zovirax)	4	NM; NDS
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg (Hepsera)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS		
<i>Cofactores Enzimáticos/Otros</i>		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
DISPOSITIVOS		
<i>Dispositivos</i>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS	(Alcohol Pads)	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD LO-DOSE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE (insulin syringe-needle 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" u-100)	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G (insulin syringe-needle 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL (insulin syringe 1 ML needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE		1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(Unifine OTC Pen Needle)	2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Droplet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (BD SafetyGlide Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Droplet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) (RX) 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	2	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 EA per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RELION INS SYR 0.3 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl) 31 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, safety) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTICAR INS 0.3 ML (insulin syr/ndl u100 half mark) 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTICARE SAFETY 0.5 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin Syringe) 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTIGUARD SAFE PK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		3	QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 EA per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
<i>Preparaciones De Reemplazo</i>			
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1	HI
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		2	HI
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln single use</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		4	NM; HI; NDS
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		2	HI
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		2	HI
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>		1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>		4	NM; NDS
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	(Klor-Con 10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>		2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>		1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	(Klor-Con 8)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Klor-Con M10)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	HI
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	HI
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	HI
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	HI
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Xarelto)	2	QL (600 ML per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	2	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	3	QL (600 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)	3	QL (60 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	3	ST; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</i>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG (ticagrelor)	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	2	
<i>Modificadores De Formación De Sangre</i>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 EA per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 ML per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
REEMPLAZO/MODIFICADO RES DE ENZIMA		
<i>Reemplazo/Modificadores De Enzima</i>		
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NM; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT, 60,000- 189,600- 252,600 UNIT	3	
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
<i>Relajantes Musculares Esqueléticos</i>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	NM; NDS
<i>dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)</i>	4	NM; NDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)</i>	1	
VITAMINAS Y MINERALES		
<i>Vitaminas Y Minerales</i>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
2026 Astiva, Formulario ID: 26332

índice de medicamentos/Listado alfabético

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	137	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	137	
A		
<i>abacavir</i>	130	
<i>abacavir-lamivudine</i>	130	
ABELCET	127	
<i>abigale</i>	74	
<i>abigale lo</i>	74	
ABILIFY ASIMTUFII	36	
ABILIFY MAINTENA	36, 37	
<i>abiraterone</i>	5	
<i>abirtega</i>	5	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	137	
ABRYSVO (PF)	85	
<i>acamprosate</i>	23	
<i>acarbose</i>	25	
<i>acebutolol</i>	45	
<i>acetaminophen-codeine</i>	100	
<i>acetazolamide</i>	91	
<i>acetazolamide sodium</i>	91	
<i>acetic acid</i>	92	
<i>acetylcysteine</i>	60	
<i>acitretin</i>	68	
ACTHIB (PF)	86	
ACTIMMUNE	97	
<i>acyclovir</i>	68, 136	
<i>acyclovir sodium</i>	136	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) ..	86	
<i>adapalene</i>	69	
<i>adefovir</i>	136	
ADEMPAS	98	
<i>adrucil</i>	5	
ADVAIR HFA	62	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	138	
ADVOCATE SYRINGES ..	138	
<i>afirmelle</i>	111	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		
.....	32	
AIRSUPRA	62, 63	
AKEEGA	5	
<i>ala-cort</i>	65	
<i>albendazole</i>	34	
<i>albuterol sulfate</i>	63, 64	
ALCOHOL PADS	138	
ALCOHOL PREP PADS ...	158	
ALCOHOL SWABS	138	
ALCOHOL WIPES	138	
ALECENSA	5	
<i>alendronate</i>	55	
<i>alfuzosin</i>	73	
<i>aliskiren</i>	54	
<i>allopurinol</i>	31	
<i>alose tron</i>	54	
<i>alprazolam</i>	24	
<i>altavera (28)</i>	111	
ALTRENO	69	
ALUNBRIG	5	
ALVAIZ	186	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	111	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	111	
ALYFTREK	60	
<i>alyq</i>	98	
<i>amantadine hcl</i>	35	
<i>amethyst (28)</i>	111	
<i>amikacin</i>	103	
<i>amiloride</i>	51	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	51	
<i>amiodarone</i>	44	
<i>amitriptyline</i>	124	
<i>amlodipine</i>	49	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	50	
<i>amlodipine-benazepril</i>	49	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	49	
<i>amlodipine-valsartan</i>	49	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	49	
<i>ammonium lactate</i>	68	
<i>amoxapine</i>	124	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>		
.....	70	
<i>amoxicillin</i>	107, 108	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .	108	
<i>amphotericin b</i>	127	
<i>amphotericin b liposome</i>	127	
<i>ampicillin</i>	108	
<i>ampicillin sodium</i>	108	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	108	
<i>anagrelide</i>	184	
<i>anastrozole</i>	5	
ANKTIVA	5	
ANORO ELLIPTA	64	
<i>aprepitant</i>	33	
<i>apri</i>	111	
APTIVUS	130	
AQINJECT PEN NEEDLE .	139	
ARCALYST	79	
AREXVY (PF)	86	
ARIKAYCE	104	
<i>aripiprazole</i>	37	
ARISTADA	37	
ARISTADA INITIO	37	
<i>armodafinil</i>	56	
ARNUITY ELLIPTA	62	
<i>asenapine maleate</i>	37	

<i>aspirin-dipyridamole</i>	186	<i>azathioprine sodium</i>	79	BD ULTRA-FINE SHORT	
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>azelastine</i>	96	PEN NEEDLE	141
PEN NDL	139	<i>azithromycin</i>	107	BD VEO INSULIN SYR	
ASSURE ID DUO-SHIELD	139	<i>aztreonam</i>	105	(HALF UNIT).....	141
ASSURE ID INSULIN		<i>azurette (28)</i>	111	BD VEO INSULIN SYRINGE	
SAFETY.....	139	B		UF	141
ASSURE ID PEN NEEDLE	139	<i>bacitracin</i>	92	BELSOMRA.....	56
ASSURE ID PRO PEN		<i>bacitracin-polymyxin b</i>	93	<i>benazepril</i>	53
NEEDLE	139	<i>baclofen</i>	188	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
ASTAGRAF XL	79	<i>bal-care dha</i>	188	.....	53
<i>atazanavir</i>	130	<i>bal-care dha essential</i>	188	<i>bendamustine</i>	6
<i>atenolol</i>	45	<i>balsalazide</i>	54	BENDAMUSTINE	6
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	45	BALVERSA	6	BENDEKA	6
<i>atomoxetine</i>	57	BAQSIMI	97	BENLYSTA.....	79
<i>atorvastatin</i>	50	BCG VACCINE, LIVE (PF). 86		<i>benztropine</i>	35
<i>atovaquone</i>	34	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BESREMI	79
<i>atovaquone-proguanil</i>	34	NEEDLE.....	139	<i>betaine</i>	97
<i>atropine</i>	96	BD ECLIPSE LUER-LOK..	139	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	66
ATROVENT HFA	64	BD INSULIN SYRINGE	140	<i>betamethasone valerate</i>	66
<i>aubra eq</i>	111	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone, augmented</i>	66
AUGTYRO	5	(HALF UNIT).....	139	BETASERON	57
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	111	BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>betaxolol</i>	91
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	111	TIP	140	<i>bethanechol chloride</i>	73
<i>aurovela 24 fe</i>	111	BD INSULIN SYRINGE		<i>bexarotene</i>	6
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	111	ULTRA-FINE.....	140	BEXSERO	86
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	111	BD LO-DOSE ULTRA-FINE		<i>bicalutamide</i>	6
AUSTEDO	57	.....	140	BICILLIN L-A.....	108
AUSTEDO XR.....	57	BD NANO 2ND GEN PEN		BIKTARVY	130
AUSTEDO XR TITRATION		NEEDLE.....	140	<i>bisoprolol fumarate</i>	45
KT(WK1-4).....	57	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	
AUTOSHIELD DUO PEN		SYRINGE.....	140, 141	.....	45
NEEDLE	139	BD SAFETYGLIDE SYRINGE		BIZENGRI.....	6
AUVELITY.....	124	.....	141	<i>bleomycin</i>	6
<i>aviane</i>	111	BD ULTRA-FINE MICRO		<i>blisovi 24 fe</i>	111
AVMAPKI	5	PEN NEEDLE	141	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	112
AVMAPKI-FAKZYNJA	5	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	112
AVONEX.....	57	NEEDLE.....	141	BOOSTRIX TDAP	86
AXTLE.....	5	BD ULTRA-FINE NANO PEN		BORDERED GAUZE	141
<i>ayuna</i>	111	NEEDLE.....	141	<i>bortezomib</i>	6
AYVAKIT.....	5	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		BORUZU	6
<i>azacitidine</i>	6	NEEDLE.....	141	<i>bosentan</i>	98
<i>azathioprine</i>	79			BOSULIF	6

BRAFTOVI.....	7	<i>candesartan</i>	48	<i>chlorthalidone</i>	52
BREO ELLIPTA	62	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	48	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	50
<i>breyana</i>	62	CAPLYTA.....	37	<i>cholestyramine light</i>	50
BREZTRI AEROSPHERE	64	CAPRELSA.....	7	<i>ciclopirox</i>	127, 128
BRILINTA	186	<i>captopril</i>	53	<i>cilostazol</i>	186
<i>brimonidine</i>	91	<i>carbamazepine</i>	119	CIMDUO	131
<i>brimonidine-timolol</i>	91	<i>carbidopa-levodopa</i>	35	<i>cimetidine hcl</i>	70
<i>brinzolamide</i>	92	CAREFINE PEN NEEDLE 141,		CIMZIA	79
BRIVIACT	119	142		CIMZIA POWDER FOR	
<i>bromfenac</i>	95	CARETOUCH ALCOHOL		RECONST	79
<i>bromocriptine</i>	35	PREP PAD.....	142	<i>cinacalcet</i>	55
BRONCHITOL	60	CARETOUCH INSULIN		<i>ciprofloxacin hcl</i>	93, 109
BRUKINSA	7	SYRINGE	142, 143	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	109
<i>budesonide</i>	54, 55, 63	CARETOUCH PEN NEEDLE		<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	93
<i>budesonide-formoterol</i>	63	.....	142	<i>citalopram</i>	125
<i>bumetanide</i>	52	<i>carglumic acid</i>	70	<i>clarithromycin</i>	107
<i>buprenorphine</i>	100	<i>carteolol</i>	92	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>buprenorphine hcl</i>	23	<i>cartia xt</i>	46	.....	143, 154
<i>buprenorphine-naloxone</i>	23	<i>carvedilol</i>	45	<i>clindamycin hcl</i>	104
<i>bupropion hcl</i>	124, 125	CAYSTON	105	<i>clindamycin phosphate</i> ..	69, 103,
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	23	<i>cefaclor</i>	106	104	
<i>buspirone</i>	97	<i>cefadroxil</i>	106	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	69
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	100	<i>cefazolin</i>	106	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	100	<i>cefdinir</i>	106	(SULFITE-FREE).....	43
C		<i>cefepime</i>	106	CLINIMIX 8%-	
CABENUVA.....	131	<i>cefixime</i>	106	D10W(SULFITE-FREE) ...	43
<i>cabergoline</i>	35	<i>cefoxitin</i>	106	CLINIMIX 8%-	
CABOMETYX.....	7	<i>cefpodoxime</i>	106	D14W(SULFITE-FREE) ...	43
<i>cabotegravir</i>	131	<i>cefprozil</i>	106	CLINIMIX E 8%-D10W	
<i>calcipotriene</i>	68	<i>ceftazidime</i>	106	SULFITEFREE	44
<i>calcitonin (salmon)</i>	55	<i>ceftriaxone</i>	106	CLINIMIX E 8%-D14W	
<i>calcitriol</i>	55	<i>cefuroxime axetil</i>	106	SULFITEFREE.....	44
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	72	<i>cefuroxime sodium</i>	106	<i>clobazam</i>	119
CALQUENCE.....	7	<i>celecoxib</i>	98	<i>clobetasol</i>	66
CALQUENCE		<i>cephalexin</i>	106, 107	<i>clobetasol-emollient</i>	66
(ACALABRUTINIB MAL).7		<i>cevimeline</i>	65	<i>clomipramine</i>	125
<i>camila</i>	112	<i>chateal eq (28)</i>	112	<i>clonazepam</i>	24
CAMZYOS	47	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	24	<i>clonidine</i>	44
		<i>chlorhexidine gluconate</i>	65	<i>clonidine hcl</i>	44
		<i>chloroquine phosphate</i>	34	<i>clopidogrel</i>	186
		<i>chlorpromazine</i>	37	<i>clorazepate dipotassium</i>	24

<i>clotrimazole</i>	128	<i>cyclosporine</i>	79, 80, 95	DEPO-SUBQ PROVERA	104
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	128	<i>cyclosporine modified</i>	79, 80	.....	78
<i>clozapine</i>	38	CYLTEZO(CF)	80	DERMACEA	146
<i>c-nate dha</i>	189	CYLTEZO(CF) PEN	80	DERMACEA NON-WOVEN	.....
COARTEM	34	CYLTEZO(CF) PEN		.....	146
COBENFY	38	CROHN'S-UC-HS	80	<i>dermacinrx lidocan</i>	102
COBENFY STARTER PACK		CYLTEZO(CF) PEN		DESCOVY	131
.....	38	PSORIASIS-UV	80	<i>desipramine</i>	125
<i>colchicine</i>	31	<i>cyred eq</i>	112	<i>desmopressin</i>	77
<i>colesevelam</i>	50	D		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	112
<i>colestipol</i>	50	<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i>		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	112
<i>colistin (colistimethate na)</i> ...	104	.....	183	<i>desvenlafaxine succinate</i>	125
COMBIVENT RESPIMAT ...	64	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>		<i>dexamethasone</i>	75, 76
COMETRIQ	7	.....	183	<i>dexamethasone sodium</i>	
COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>phosphate</i>	76, 95
SYRINGE.....	143, 144, 145	.....	183	<i>dextroamphetamine-</i>	
COMFORT EZ PEN NEEDLES		<i>dabigatran etexilate</i>	184	<i>amphetamine</i>	58
.....	143, 144	<i>dalfampridine</i>	57	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	44
COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>danazol</i>	74	DIACOMIT.....	119
PEN NDL	144	<i>dantrolene</i>	188	<i>diazepam</i>	24, 120
COMFORT TOUCH PEN		DANYELZA	8	<i>diazepam intensol</i>	24
NEEDLE	145	DANZITEN	8	<i>diazoxide</i>	97
<i>completenate</i>	189	<i>dapagliflozin propanediol</i>	26	<i>diclofenac epolamine</i>	99
<i>compro</i>	33	<i>dapsone</i>	130	<i>diclofenac potassium</i>	99
<i>constulose</i>	71	DAPTACEL (DTAP		<i>diclofenac sodium</i>	95, 99
COPIKTRA	7	PEDIATRIC) (PF)	86	<i>diclofenac-misoprostol</i>	99
CORLANOR.....	47	<i>daptomycin</i>	104	<i>dicloxacillin</i>	108
CORTROPHIN GEL.....	76	<i>darunavir</i>	131	<i>dicyclomine</i>	71
COSENTYX.....	79	<i>dasatinib</i>	8	<i>didanosine</i>	131
COSENTYX (2 SYRINGES)	79	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	112	DIFICID	107
COSENTYX PEN (2 PENS).....	79	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	112	<i>difluprednate</i>	95
COSENTYX UNOREADY		DATROWAY	8	<i>digoxin</i>	47
PEN	79	DAURISMO	8	<i>dihydroergotamine</i>	32
COTELIC.....	7	<i>deblitane</i>	112	DILANTIN	120
CREON	187	<i>decitabine</i>	8	<i>diltiazem hcl</i>	46
CRESEMBA	128	<i>deferasirox</i>	103	<i>dilt-xr</i>	46
<i>cromolyn</i>	60, 71, 96	DELSTRIGO	131	<i>dimethyl fumarate</i>	58
<i>cryselle (28)</i>	112	<i>demeclocycline</i>	110	<i>diphenoxylate-atropine</i>	71
CURAD GAUZE PAD	145	DENGVAIXIA (PF)	86	<i>dipyridamole</i>	186
CURITY GAUZE	145	<i>denta 5000 plus</i>	65	<i>disulfiram</i>	23
<i>cyclobenzaprine</i>	188	<i>dentagel</i>	65	<i>divalproex</i>	120
<i>cyclophosphamide</i>	7			<i>dofetilide</i>	44

<i>dolishale</i>	112	EASY GLIDE PEN NEEDLE	151	EMBRACE PEN NEEDLE 153,	154
<i>donepezil</i>	25	EASY TOUCH	152, 153	EMCYT	8
<i>dorzolamide</i>	92	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	152	EMGALITY PEN	32
<i>dorzolamide-timolol</i>	92	EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	152	EMGALITY SYRINGE	32
DOVATO	131	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	151	EMRELIS	8
<i>doxazosin</i>	44	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	151, 152, 153	EMSAM	125
<i>doxepin</i>	125	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	152	<i>emtricitabine</i>	131
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	8	EASY TOUCH PEN NEEDLE	152	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 131,	132
<i>doxy-100</i>	110	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	153	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 132	
<i>doxycycline hyclate</i>	110	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	152	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 132	
<i>doxycycline monohydrate</i>	110	EASY TOUCH UNI-SLIP ..	153	EMTRIVA	132
DRIZALMA SPRINKLE	125	<i>econazole nitrate</i>	128	<i>emzahh</i>	112
<i>dronabinol</i>	33	EDURANT	131	<i>enalapril maleate</i>	53
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..	146, 147	EDURANT PED	131	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	53
DROPLET INSULIN SYRINGE	146, 147, 148	<i>efavirenz</i>	131	ENBREL	80
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	148	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir</i>	131	ENBREL MINI	80
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	148	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	131	ENBREL SURECLICK	81
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	148, 149	ELAHERE	8	<i>endocet</i>	100, 101
DROPSAFE PEN NEEDLE ..	149	ELEPSIA XR	120	ENERGIX-B (PF)	86, 87
<i>droxidopa</i>	44	ELIGARD	8	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	87
<i>duloxetine</i>	125	ELIGARD (3 MONTH)	8	<i>enilloring</i>	112
DUPIXENT PEN	80	ELIGARD (4 MONTH)	8	<i>enoxaparin</i>	184, 185
DUPIXENT SYRINGE	80	ELIGARD (6 MONTH)	8	<i>enpresse</i>	112
<i>dutasteride</i>	73	<i>elinest</i>	112	<i>enskyce</i>	112
E		ELIQUIS	184	<i>entacapone</i>	36
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	150	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	184	<i>entecavir</i>	137
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	149, 150, 151	ELREXFIO	8	ENTRESTO	48
EASY COMFORT PEN NEEDLES	150	<i>eltrombopag olamine</i>	186	ENTRESTO SPRINKLE	48
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	149	<i>eluryng</i>	112	<i>enulose</i>	71
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	151			EPCLUSA	135

ERLEADA	9	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide oil</i>	95
<i>erlotinib</i>	9	A	38	<i>fluocinonide</i>	66, 67
<i>errin</i>	112	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoride (sodium)</i>	65
<i>ertapenem</i>	105	B	38	<i>fluorometholone</i>	95
<i>erythromycin</i>	93, 107	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorouracil</i>	10, 68
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	107	C	38	<i>fluoxetine</i>	126
<i>erythromycin with ethanol</i>	69	FARXIGA	26	<i>fluphenazine decanoate</i>	39
ERZOFRI	38	FASENRA	61	<i>fluphenazine hcl</i>	39
<i>escitalopram oxalate</i>	125	FASENRA PEN	60	<i>flurbiprofen</i>	99
<i>eslicarbazepine</i>	120	<i>febuxostat</i>	31	<i>flurbiprofen sodium</i>	95
<i>esomeprazole magnesium</i>	70	<i>feirza</i>	113	<i>flutamide</i>	10
<i>estarylla</i>	113	<i>felbamate</i>	120	<i>fluticasone propionate</i>	63, 67, 95
<i>estradiol</i>	75	<i>felodipine</i>	49	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	
<i>estradiol-norethindrone acet.</i>	75	<i>femynor</i>	113	.....	63
<i>eszopiclone</i>	56	<i>fenofibrate</i>	50	<i>fluvastatin</i>	50
<i>ethambutol</i>	130	<i>fenofibrate micronized</i>	50	<i>fluvoxamine</i>	126
<i>ethosuximide</i>	120	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	50	<i>folivane-ob</i>	189
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	113	<i>fentanyl</i>	101	<i>fondaparinux</i>	185
<i>etodolac</i>	99	<i>fentanyl citrate</i>	101	<i>fosamprenavir</i>	132
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>fesoterodine</i>	73	<i>fosfomycin tromethamine</i>	104
.....	113	FETZIMA	125, 126	<i>fosinopril</i>	53
ETOPOPHOS	9	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>etoposide</i>	9	INSULIN	28	.....	53
<i>etravirine</i>	132	FIASP PENFILL U-100		<i>fosphenytoin</i>	120
EUCRISA	66	INSULIN	28	FOTIVDA	10
EULEXIN	9	FIASP PUMPCART	28	FREESTYLE PRECISION ..	154
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	9	FIASP U-100 INSULIN	28	FRUZAQLA	10
<i>everolimus</i>		<i>fidaxomicin</i>	107	<i>fulvestrant</i>	10
(<i>immunosuppressive</i>)	81	<i>finasteride</i>	73	<i>furosemide</i>	52
EVOTAZ	132	<i>fingolimod</i>	58	FUZEON	132
<i>exemestane</i>	9	FINTEPLA	120	FYARRO	10
EXTENCILLINE	108	FIRMAGON KIT W DILUENT		FYCOMPA	120
EYSUVIS	95	SYRINGE	9, 10	G	
<i>ezetimibe</i>	50	<i>flavoxate</i>	73	<i>gabapentin</i>	121
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50	<i>flecainide</i>	45	<i>galantamine</i>	25
F		<i>floxuridine</i>	10	<i>gallifrey</i>	78
FAKZYNJA	9	<i>fluconazole</i>	128	GAMUNEX-C	81
<i>falmina (28)</i>	113	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	128	GARDASIL 9 (PF)	87
<i>famciclovir</i>	137	<i>flucytosine</i>	128	GAUZE PAD	154
<i>famotidine</i>	70	<i>fludrocortisone</i>	76	<i>gavilyte-c</i>	72
FANAPT	38	<i>flunisolide</i>	95	<i>gavilyte-g</i>	72
		<i>fluocinolone</i>	66	<i>gavilyte-n</i>	72

GAVRETO.....	10	<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>hydromorphone</i>	101
<i>gefitinib</i>	10	<i>haloperidol lactate</i>	39	<i>hydroxychloroquine</i>	34
<i>gemfibrozil</i>	50	HARVONI.....	135	<i>hydroxyurea</i>	11
<i>generlac</i>	71	HAVRIX (PF).....	87	<i>hydroxyzine hcl</i>	130
<i>gengraf</i>	81	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydroxyzine pamoate</i>	97
<i>gentak</i>	93	SYRINGE.....	155	I	
<i>gentamicin</i>	69, 93, 104	HEALTHWISE PEN NEEDLE		<i>ibandronate</i>	55
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	104	.....	155	IBRANCE.....	11
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	104	HEALTHY ACCENTS		IBTROZI.....	11
GENVOYA	132	UNIFINE PENTIP.....	156	<i>ibu</i>	99
GILOTRIF.....	10	<i>heather</i>	113	<i>ibuprofen</i>	99
<i>glatiramer</i>	58	<i>heparin (porcine)</i>	185	<i>icatibant</i>	47
<i>glatopa</i>	58	HEPLISAV-B (PF).....	87	<i>iclevia</i>	113
GLEOSTINE.....	10	HERCEPTIN HYLECTA.....	11	ICLUSIG.....	11
<i>glimepiride</i>	31	HERNEXEOS	11	<i>icosapent ethyl</i>	50, 51
<i>glipizide</i>	31	HIBERIX (PF).....	87	IDHIFA.....	11
<i>glipizide-metformin</i>	31	HUMIRA	81	<i>ifosfamide</i>	11
<i>glucagon emergency kit</i>		HUMIRA PEN	81	ILEVRO.....	95
(human)	97	HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>imatinib</i>	11
<i>glutamine (sickle cell)</i>	97	HS START	81	IMBRUVICA.....	11
<i>glyburide</i>	31	HUMIRA PEN PSOR-		IMDELLTRA	11
<i>glyburide micronized</i>	31	UVEITS-ADOL HS	81	<i>imipenem-cilastatin</i>	105
<i>glyburide-metformin</i>	31	HUMIRA(CF)	82	<i>imipramine hcl</i>	126
<i>glycopyrrolate</i>	71	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		<i>imiquimod</i>	68
<i>glydo</i>	102	STARTER	81	IMJUDO	11
GLYXAMBI	26	HUMIRA(CF) PEN.....	82	IMKELDI.....	11
GOMEKLI	10	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMOVAX RABIES VACCINE	
<i>griseofulvin microsize</i>	128	UC-HS	81	(PF)	87
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	128	HUMIRA(CF) PEN		IMPAVIDO.....	34
<i>guanfacine</i>	44, 58	PEDIATRIC UC.....	81	<i>incassia</i>	113
GVOKE.....	97	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		INCONTROL ALCOHOL	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	97	ADOL HS	81	PADS	156
GVOKE PFS 1-PACK		HUMULIN R U-500 (CONC)		INCONTROL PEN NEEDLE	
SYRINGE.....	97	INSULIN	28	.....	156
H		HUMULIN R U-500 (CONC)		INCRELEX.....	77
HAEGARDA	186	KWIKPEN.....	28	<i>indapamide</i>	52
<i>hailey 24 fe</i>	113	<i>hydralazine</i>	47	<i>indomethacin</i>	99
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	113	<i>hydrochlorothiazide</i>	52	INFANRIX (DTAP) (PF)	87
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	113	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	101	<i>infliximab</i>	82
<i>halobetasol propionate</i>	67	<i>hydrocortisone</i>	55, 67, 76	INGREZZA.....	58
<i>haloette</i>	113	<i>hydrocortisone valerate</i>	67	INGREZZA INITIATION	
<i>haloperidol</i>	39	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	93	PK(TARDIV).....	58

INGREZZA SPRINKLE.....	58	<i>isosorbide dinitrate</i>	54	<i>ketorolac</i>	95, 99
INLYTA	12	<i>isosorbide mononitrate</i>	54	KEYTRUDA.....	12
INPEN (FOR HUMALOG)		ITOVEBI	12	KIMMTRAK	12
BLUE	156	<i>itraconazole</i>	128	KINERET	82
INPEN (NOVOLOG OR		IV PREP WIPES	158	KINRIX (PF)	87
FIASP) BLUE	156	<i>ivabradine</i>	47	<i>kionex (with sorbitol)</i>	71
INQOVI.....	12	<i>ivermectin</i>	34	KISQALI.....	13
INREBIC	12	IWILFIN	12	KISQALI FEMARA CO-PACK	
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	29	IXIARO (PF)	87	.....	12
<i>insulin aspart u-100</i>	29	J		KLISYRI (250 MG).....	68
<i>insulin glargine-yfgn</i>	29	JAKAFI	12	<i>klor-con m10</i>	183
<i>insulin lispro</i>	29	<i>jantoven</i>	185	<i>klor-con m15</i>	183
INSULIN SYR/NDL U100		JANUMET.....	26	<i>klor-con m20</i>	183
HALF MARK	156	JANUMET XR.....	26	KLOXXADO.....	23
INSULIN SYRINGE.....	140	JANUVIA.....	26	KOSELUGO.....	13
INSULIN SYRINGE		JARDIANCE.....	26	<i>kosher prenatal plus iron</i>	189
MICROFINE.....	140	<i>javygtor</i>	187	KRAZATI.....	13
INSULIN SYRINGE		JAYPIRCA	12	<i>kurvelo (28)</i>	114
NEEDLELESS	157	JEMPERLI.....	12	KYLEENA.....	114
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		<i>jencycla</i>	113	KYNMOBI	36
U-100.....	154, 156, 157, 162,	JENTADUETO	26	L	
164, 166, 170, 174, 175		JENTADUETO XR.....	26	<i>labetalol</i>	45
INSULIN U-500 SYRINGE-		<i>jolessa</i>	113	<i>lacosamide</i>	121
NEEDLE	157	<i>juleber</i>	114	<i>lactulose</i>	71
INSUPEN PEN NEEDLE...157,		JULUCA.....	132	<i>lamivudine</i>	132
158		<i>junel 1.5/30 (21)</i>	114	<i>lamivudine-zidovudine</i>	133
INTELENCE.....	132	<i>junel 1/20 (21)</i>	114	<i>lamotrigine</i>	121
<i>introvale</i>	113	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	114	<i>lanreotide</i>	77
INVEGA HAFYERA.....	39	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	114	<i>lansoprazole</i>	70
INVEGA SUSTENNA.....	39, 40	<i>junel fe 24</i>	114	LANTUS SOLOSTAR U-100	
INVEGA TRINZA.....	40	JYLAMVO	12	INSULIN.....	29
INVELTYS	95	JYNARQUE	52	LANTUS U-100 INSULIN...	29
IPOL.....	87	JYNNEOS (PF)	87	<i>lapatinib</i>	13
<i>ipratropium bromide</i>	64, 96	K		<i>larin 1.5/30 (21)</i>	114
<i>ipratropium-albuterol</i>	64	KALETRA.....	132	<i>larin 1/20 (21)</i>	114
<i>irbesartan</i>	48	KALYDECO	61	<i>larin 24 fe</i>	114
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>kariva (28)</i>	114	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	114
.....	48	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	114	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	114
ISENTRESS	132	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	114	<i>latanoprost</i>	92
ISENTRESS HD	132	KERENDIA.....	54	LAZCLUZE.....	13
<i>isibloom</i>	113	KESIMPTA PEN.....	59	<i>leflunomide</i>	82
<i>isoniazid</i>	130	<i>ketoconazole</i>	128, 129	<i>lenalidomide</i>	13

LENTOCILIN S	109
LENVIMA	13
<i>lessina</i>	114
<i>letrozole</i>	13
<i>leucovorin calcium</i>	97
LEUKERAN	13
<i>leuprolide</i>	13
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	13
<i>levetiracetam</i>	121
<i>levobunolol</i>	92
<i>levocetirizine</i>	130
<i>levofloxacin</i>	109
<i>levofloxacin in d5w</i>	109
<i>levonest (28)</i>	114
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	115
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	115
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	115
<i>levora-28</i>	115
<i>levothyroxine</i>	74
LEXIVA	133
LIBERVANT	121
<i>lidocaine</i>	102
<i>lidocaine hcl</i>	102
<i>lidocaine viscous</i>	103
<i>lidocaine-prilocaine</i>	103
<i>lidocan iii</i>	103
LILETTA	115
<i>linezolid</i>	104, 105
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	104
LINZESS	71
<i>liothyronine</i>	74
LISCO	158
<i>lisinopril</i>	53
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	53
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	158
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	158, 159
<i>lithium carbonate</i>	59
<i>lithium citrate</i>	59
LIVTENCITY	136

LOKELMA	71
LONSURF	13
<i>loperamide</i>	71
<i>lopinavir-ritonavir</i>	133
LOQTORZI	14
<i>lorazepam</i>	24
<i>lorazepam intensol</i>	24
LORBRENA	14
<i>losartan</i>	48
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	48
LOTEMAX	95
LOTEMAX SM	95
<i>loteprednol etabonate</i>	95, 96
<i>lovastatin</i>	51
<i>low-ogestrel (28)</i>	115
<i>loxapine succinate</i>	40
<i>lubiprostone</i>	71
LUMAKRAS	14
LUMIGAN	92
LUNSUMIO	14
LUPRON DEPOT	14, 77
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	14, 77
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	14
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	14
LUPRON DEPOT-PED	77
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	77
<i>lurasidone</i>	40
<i>lutea (28)</i>	115
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	14
LYBALVI	40
<i>lyleq</i>	115
LYNOZYFIC	14
LYNPARZA	14
LYSODREN	14
LYTGOBI	15
<i>lyza</i>	115

M	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	159
MAGELLAN SYRINGE	159
<i>magnesium sulfate</i>	183
<i>malathion</i>	69
<i>maraviroc</i>	133
MARGENZA	15
<i>marlissa (28)</i>	115
<i>marnatal-f</i>	189
MARPLAN	126
MATULANE	15
MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	59
MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	59
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	160
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	160
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	160
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	160
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	160
MAYZENT	59
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	59
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	59
<i>meclizine</i>	33

<i>medroxyprogesterone</i>	78	MICRODOT INSULIN PEN		MOUNJARO	27
<i>mefloquine</i>	34	NEEDLE.....	160	MOVANTIK.....	71
<i>megestrol</i>	15, 78	MICRODOT READYGARD		<i>moxifloxacin</i>	93, 109
MEKINIST	15	PEN NEEDLE	160	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	
MEKTOVI	15	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	115	.....	109
<i>meleya</i>	115	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	115	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	
<i>meloxicam</i>	100	<i>microgestin 24 fe</i>	115	.....	109
<i>memantine</i>	25	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	115	MRESVIA (PF)	88
MENACTRA (PF)	88	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	116	MULTAQ	45
MENQUADFI (PF).....	88	<i>midodrine</i>	44	<i>mupirocin</i>	69
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		MIEBO (PF)	96	<i>mycophenolate mofetil</i>	82
(PF).....	88	<i>mifepristone</i>	27	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ...	82
<i>mercaptopurine</i>	15	<i>mili</i>	116	<i>mycophenolate sodium</i>	82
<i>meropenem</i>	105, 106	<i>mimvey</i>	75	<i>mynatal</i>	189
<i>mesalamine</i>	55	MINI ULTRA-THIN II	161	<i>mynatal advance</i>	189
<i>mesna</i>	97	<i>minocycline</i>	110	<i>mynatal plus</i>	189
<i>metformin</i>	26	<i>minoxidil</i>	54	<i>mynatal-z</i>	189
<i>methadone</i>	101	MIPLYFFA	137	<i>mynate 90 plus</i>	189
<i>methazolamide</i>	92	<i>mirabegron</i>	73	N	
<i>methenamine hippurate</i>	105	MIRENA	116	<i>nabumetone</i>	100
<i>methimazole</i>	74	<i>mirtazapine</i>	126	<i>nafcillin</i>	109
<i>methocarbamol</i>	188	<i>misoprostol</i>	70	<i>naloxone</i>	23
<i>methotrexate sodium</i>	15	<i>mitoxantrone</i>	15	<i>naltrexone</i>	23
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	15	M-M-R II (PF).....	88	NANO 2ND GEN PEN	
<i>methoxsalen</i>	68	<i>m-natal plus</i>	189	NEEDLE	162
<i>methsuximide</i>	121	<i>modafinil</i>	56	NANO PEN NEEDLE.....	162
<i>methylphenidate hcl</i>	59, 60	MODEYSO	15	<i>naproxen</i>	100
<i>methylprednisolone</i>	76	<i>moexipril</i>	53	<i>naratriptan</i>	32
<i>methylprednisolone acetate</i>	76	<i>molindone</i>	40	NATACYN.....	93
<i>metoclopramide hcl</i>	71	<i>mometasone</i>	67, 96	<i>nateglinide</i>	27
<i>metolazone</i>	52	MONOJECT INSULIN		NATPARA.....	55
<i>metoprolol succinate</i>	45	SAFETY SYRING	161	NAYZILAM	121
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	46
.....	45	SYRINGE.....	161, 162	<i>nefazodone</i>	126
<i>metoprolol tartrate</i>	45, 46	MONOJECT SYRINGE.....	161	<i>neomycin</i>	104
<i>metronidazole</i>	69, 103, 105	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .93	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>		COMFORT INSULIN	176	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	
.....	105	<i>mono-lynyah</i>	116	.....	93
<i>metyrosine</i>	48	<i>montelukast</i>	63	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>micafungin</i>	129	<i>morphine</i>	101, 102	<i>dexameth</i>	93
<i>miconazole-3</i>	129	MORPHINE	101	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
		<i>morphine concentrate</i>	101	.....	93

<i>neomycin-polymyxin-hc</i>.....93, 94	NOVOFINE PLUS 162	OFEV 61
<i>neo-polycin</i> 94	NOVOLIN 70/30 U-100	<i>ofloxacin</i> 94
<i>neo-polycin hc</i> 94	INSULIN 29	OGIVRI..... 16
NERLYNX.....15	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	OGSIVEO 16
<i>nevirapine</i>.....133	100 29	OJEMDA 16
<i>newgen</i>.....189	NOVOLIN N FLEXPEN..... 30	OJJAARA 16
NEXLETOL .....51	NOVOLIN N NPH U-100	<i>olanzapine</i> 40, 41
NEXLIZET.....51	INSULIN 30	<i>olmesartan</i>.....48
NEXPLANON .....116	NOVOLIN R FLEXPEN..... 30	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>
<i>niacin</i>.....51	NOVOLIN R REGULAR U100	 48
NICOTROL NS.....23	INSULIN 30	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>
<i>nifedipine</i> .....49	NOVOLOG FLEXPEN U-100	 48
NIKTIMVO.....82	INSULIN 30	<i>olopatadine</i> 96
<i>nilotinib hcl</i> .....15, 16	NOVOLOG MIX 70-30 U-100	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> 51
NILOTINIB TARTRATE.....16	INSULN..... 30	<i>omeprazole</i> 70
<i>nilutamide</i>.....16	NOVOLOG MIX 70-	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2
NINLARO .....16	30FLEXPEN U-100 30	PLUS) 162
<i>nitazoxanide</i> .....34	NOVOLOG PENFILL U-100	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO
<i>nitisinone</i> .....187	INSULIN 30	KT(GEN5) 162
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .105	NOVOLOG U-100 INSULIN	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	ASPART 30	(GEN 5)..... 162
.....105	NOVOTWIST 162	OMNIPOD 5
<i>nitroglycerin</i> .....54, 97	NUBEQA..... 16	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)
<i>niva-plus</i> .....189	NUCALA..... 61	 162
NIVESTYM .....186	NULOJIX 82	OMNIPOD CLASSIC PDM
NORDITROPIN FLEXPRO ..77	NUPLAZID 40	KIT(GEN 3)..... 162
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	NURTEC ODT 32	OMNIPOD CLASSIC PODS
.....116	<i>nyamyc</i> 129	(GEN 3)..... 162
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	<i>nylia 1/35 (28)</i> 116	OMNIPOD DASH INTRO KIT
.....116	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> 117	(GEN 4)..... 163
<i>norethindrone acetate</i> .....78	<i>nymyo</i> 117	OMNIPOD DASH PDM KIT
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	<i>nystatin</i> 129	(GEN 4)..... 163
.....116	<i>nystatin-triamcinolone</i> 129	OMNIPOD DASH PODS (GEN
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	<i>nystop</i> 129	4) 163
.....116	NYVEPRIA 187	ONAPGO 36
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....116	O	<i>ondansetron</i>.....33
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....116	<i>obstetrix dha</i> 189	<i>ondansetron hcl</i>.....33
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....116	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ... 189	ONUREG..... 16
<i>nortriptyline</i>.....126	<i>o-cal prenatal</i> 189	OPDIVO 16
NORVIR.....133	<i>octreotide acetate</i> 77	OPDIVO QVANTIG 16
NOVOFINE 30 .....162	ODEFSEY 133	OPDUALAG.....17
NOVOFINE 32 .....162	ODOMZO..... 16	OIPZA.....41

OPSUMIT	98	PEN NEEDLE, DIABETIC 145,	<i>pioglitazone</i>	27
ORENCIA	82	155, 160, 163, 165	<i>pioglitazone-metformin</i>	27
ORENCIA (WITH MALTOSE)	82	PEN NEEDLE, DIABETIC,	PIP PEN NEEDLE.....	164
.....	82	SAFETY	<i>piperacillin-tazobactam</i>	109
ORENCIA CLICKJECT	82	PENBRAYA (PF).....	PIQRAY	17
ORFADIN	187	PENBRAYA MENACWY	<i>pirfenidone</i>	61
ORGOVYX.....	77	COMPONENT(PF)	<i>pitavastatin calcium</i>	51
ORLISSA.....	77, 78	PENBRAYA MENB	PLEGRIDY	60
ORKAMBI.....	61	COMPONENT (PF)	<i>pnv 29-1</i>	189
<i>orquidea</i>	117	<i>penicillamine</i>	<i>pnv-dha + docusate</i>	189
ORSERDU	17	<i>penicillin g potassium</i>	<i>pnv-omega</i>	189
<i>oseltamivir</i>	136	<i>penicillin g procaine</i>	<i>podofilox</i>	68
OSENVELT	55	<i>penicillin v potassium</i>	<i>polycin</i>	94
OTEZLA	82	PENMENVY MEN A-B-C-W-	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> 94	
OTEZLA STARTER.....	83	Y (PF)	POMALYST	17
<i>oxandrolone</i>	74	PENMENVY MENACWY	<i>portia 28</i>	117
<i>oxcarbazepine</i>	121, 122	COMPONENT(PF)	<i>posaconazole</i>	129
<i>oxybutynin chloride</i>	73	PENMENVY MENB	<i>potassium chloride</i>	183, 184
<i>oxycodone</i>	102	COMPONENT (PF)	<i>potassium citrate</i>	184
<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	102	PENTACEL (PF).....	<i>pr natal 400</i>	189
OZEMPIC	27	<i>pentamidine</i>	<i>pr natal 400 ec</i>	189
P		PENTIPS PEN NEEDLE ...	<i>pr natal 430</i>	190
<i>pacerone</i>	45	164	<i>pr natal 430 ec</i>	190
<i>paclitaxel protein-bound</i>	17	<i>pentoxifylline</i>	<i>pramipexole</i>	36
<i>paliperidone</i>	41	<i>perampanel</i>	<i>prasugrel hcl</i>	186
PANRETIN	68	<i>perindopril erbumine</i>	<i>pravastatin</i>	51
<i>pantoprazole</i>	70	<i>periogard</i>	<i>praziquantel</i>	35
<i>paricalcitol</i>	56	<i>permethrin</i>	<i>prazosin</i>	44
<i>paromomycin</i>	35	<i>perphenazine</i>	<i>prednisolone</i>	76
<i>paroxetine hcl</i>	126	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	<i>prednisolone acetate</i>	96
PAXLOVID	136	PERSERIS	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
<i>pazopanib</i>	17	<i>phenelzine</i> .....	.....	76
PEDIARIX (PF)	88	<i>phenobarbital</i>	<i>prednisone</i>	76
PEDVAX HIB (PF).....	88	PHENYTEK	<i>pregabalin</i>	122
<i>peg 3350-electrolytes</i>	72	<i>phenytoin</i>	PREMARIN.....	75
PEGASYS	136	<i>phenytoin sodium</i>	PREMPHASE.....	75
<i>peg-electrolyte soln</i>	72	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	PREMPRO.....	75
PEMAZYRE	17	PIFELTRO.....	<i>prenal true</i>	190
<i>pemetrexed disodium</i>	17	<i>pilocarpine hcl</i>	<i>prenaissance</i>	190
PEMRYDI RTU.....	17	<i>pimecrolimus</i>	<i>prenaissance plus</i>	190
PEN NEEDLE.....	163	<i>pimozide</i>	<i>prenatabs fa</i>	190
		<i>pimtreea (28)</i>	<i>prenatal 19</i>	190

<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ..190	<i>propranolol</i> 46	RETROVIR..... 133
<i>prenatal low iron</i>.....190	<i>propylthiouracil</i> 74	REVCovi..... 187
<i>prenatal plus</i>.....190	PROQUAD (PF)..... 89	REVUFORJ 18
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> 189	<i>protriptyline</i> 126	REXULTI 41
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>.....190	PULMOZYME..... 187	REYATAZ..... 134
<i>prenatal-u</i> .....190	PURE COMFORT ALCOHOL PADS 165	REZDIFFRA..... 74
<i>preplus</i> .....190	PURE COMFORT PEN NEEDLE..... 165	REZLIDHIA 18
<i>pretab</i> .....190	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 165	REZUROCK..... 83
<i>prevalite</i>.....51	<i>pyrazinamide</i> 130	RHOPRESSA 92
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE .....164	<i>pyridostigmine bromide</i> 97	<i>ribavirin</i> 137
PREVYMIS.....136	<i>pyrimethamine</i> 35	<i>rifabutin</i> 130
PREZCOBIX.....133	Q	<i>rifampin</i> 130
PREZISTA .....133	QINLOCK 17	<i>rilpivirine</i> 134
PRIFTIN.....130	QUADRACEL (PF) 89	<i>riluzole</i> 60
PRIMAQUINE.....35	<i>quetiapine</i> 41	RINVOQ 83
<i>primidone</i> .....122	<i>quinapril</i> 53	RINVOQ LQ..... 83
PRIORIX (PF).....89	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 53	<i>risperidone</i> 42
PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....164	<i>quinidine sulfate</i> 45	<i>risperidone microspheres</i> . 41, 42
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....164	<i>quinine sulfate</i> 35	<i>ritonavir</i> 134
PRO COMFORT PEN NEEDLE .....164, 165	QULIPTA 32	RITUXAN HYCELA 18
<i>probenecid</i>.....31	R	<i>rivaroxaban</i> 185
<i>probenecid-colchicine</i> .....31	RABAVERT (PF)..... 89	<i>rivastigmine</i> 25
<i>prochlorperazine</i> .....33	<i>rabeprazole</i> 70	<i>rivastigmine tartrate</i> 25
<i>prochlorperazine edisylate</i>....33, 41	RALDESY 127	<i>rizatriptan</i> 32
<i>prochlorperazine maleate</i> .....33	<i>raloxifene</i> 75	<i>r-natal ob</i> 190
<i>procto-med hc</i>.....67	<i>ramipril</i> 53, 54	ROCKLATAN..... 92
<i>proctosol hc</i>.....67	<i>ranolazine</i> 48	<i>roflumilast</i> 61
<i>proctozone-hc</i>.....67	<i>rasagiline</i> 36	ROMVIMZA 18
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....165	RASUVO (PF)..... 83	<i>ropinirole</i> 36
<i>progesterone micronized</i> .....78	RAYALDEE..... 56	<i>rosadan</i> 69
PROGRAF .....83	<i>reclipsen (28)</i> 117	<i>rosuvastatin</i> 51
PROLASTIN-C.....61	RECOMBIVAX HB (PF)..... 89	ROTARIX..... 89, 90
<i>promethazine</i> .....33, 34	RELENZA DISKHALER ... 136	ROTATEQ VACCINE 90
<i>promethegan</i>.....34	<i>repaglinide</i> 27	ROZLYTREK..... 18
<i>propafenone</i>.....45	REPATHA PUSHTRONEX . 51	RUBRACA 18
	REPATHA SURECLICK..... 51	<i>rufinamide</i> 122
	REPATHA SYRINGE 51	RUKOBIA 134
	RETACRIT..... 187	RYBELSUS 27
	RETEVMO..... 17	RYBREVANT 18
		RYDAPT..... 18
		RYKINDO 42
		RYTELO..... 18

S		
<i>secubitril-valsartan</i>	49	
SAFESNAP INSULIN		
SYRINGE.....	166	
SAFETY PEN NEEDLE.....	166	
SANTYL	68	
<i>sapropterin</i>	187	
SCSEMBLIX.....	18	
<i>scopolamine base</i>	34	
SECUADO	42	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE.....	166, 167	
SECURESAFE PEN NEEDLE		
.....	166	
SELARSDI.....	83	
<i>select-ob</i>	190	
<i>select-ob (folic acid)</i>	190	
<i>selegiline hcl</i>	36	
<i>selenium sulfide</i>	69	
SELZENTRY	134	
<i>se-natal 19 chewable</i>	190	
SEREVENT DISKUS	64	
SEROSTIM	78	
<i>sertraline</i>	127	
<i>setlakin</i>	117	
<i>sevelamer carbonate</i>	72	
<i>sevelamer hcl</i>	72	
SEZABY	123	
<i>sf 5000 plus</i>	65	
<i>sharobel</i>	117	
SHINGRIX (PF).....	90	
SIGNIFOR	78	
<i>sildenafil</i>	98	
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	98	
<i>silver sulfadiazine</i>	69	
SIMBRINZA	92	
<i>simliya (28)</i>	117	
SIMPLI PEN NEEDLE.....	154	
<i>simvastatin</i>	51	
<i>sirolimus</i>	83	
SIRTURO	130	
SKY SAFETY PEN NEEDLE		
.....	167	
SKYLA.....	117	
SKYRIZI	83, 84	
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	184	
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	184	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	65	
<i>sodium oxybate</i>	56	
<i>sodium polystyrene sulfonate.</i>	71	
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>		
.....	72	
<i>solifenacin</i>	73	
SOLQUA 100/33.....	30	
SOLTAMOX	18	
SOMATULINE DEPOT	78	
SOMAVERT	78	
<i>sorafenib</i>	18	
<i>sorine</i>	46	
<i>sotalol</i>	46	
<i>sotalol af</i>	46	
SPIRIVA RESPIMAT	64	
<i>spironolactone</i>	52	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>		
.....	52	
SPRAVATO	127	
<i>sprintec (28)</i>	117	
SPRITAM.....	123	
<i>sps (with sorbitol)</i>	71	
<i>sronyx</i>	117	
<i>ssd</i>	69	
<i>stavudine</i>	134	
STELARA	84	
STERILE PADS	167	
STIOLTO RESPIMAT	64	
STIVARGA	19	
STOBOCLO	56	
STRENSIQ	188	
<i>streptomycin</i>	104	
STRIBILD	134	
STRIVERDI RESPIMAT.....	64	
<i>subvenite</i>	123	
<i>sucrafate</i>	70	
<i>sulfacetamide sodium</i>	94	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	94	
<i>sulfadiazine</i>	110	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		
.....	110	
<i>sulfasalazine</i>	55	
<i>sulindac</i>	100	
<i>sumatriptan</i>	32	
<i>sumatriptan succinate</i>	32, 33	
<i>sunitinib malate</i>	19	
SUNLENCA	134	
SURE COMFORT INS. SYR.		
U-100	167	
SURE COMFORT INSULIN		
SYRINGE	167, 168	
SURE COMFORT PEN		
NEEDLE	167, 168	
SURE COMFORT SAFETY		
PEN NEEDLE	167	
SURE-FINE PEN NEEDLES		
.....	168	
SURE-JECT INSULIN		
SYRINGE	168	
SURE-PREP ALCOHOL PREP		
PADS	168	
SYMPAZAN.....	123	
SYMTUZA	134	
SYNJARDY.....	27	
SYNJARDY XR.....	27	
SYNRIBO	19	
SYRINGE WITH NEEDLE,		
SAFETY	166	
T		
TABLOID	19	
TABRECTA	19	
<i>tacrolimus</i>	67, 84	
<i>tadalafil</i>	98	
TAFINLAR.....	19	
TAGRISSO	19	
TALVEY.....	19	
TALZENNA	19	
<i>tamoxifen</i>	19	

<i>tamsulosin</i>	73	THALOMID	97	<i>tramadol</i>	102
<i>tarina 24 fe</i>	117	<i>theophylline</i>	64, 65	<i>tramadol-acetaminophen</i>	102
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	117	THINPRO INSULIN SYRINGE	170	<i>trandolapril</i>	54
<i>taron-c dha</i>	190	<i>thioridazine</i>	42	<i>tranexamic acid</i>	184
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	190	<i>thiothixene</i>	42	<i>tranylcypromine</i>	127
TAVNEOS	84	<i>tiadylt er</i>	47	<i>travoprost</i>	92
<i>tazarotene</i>	69	<i>tiagabine</i>	123	<i>trazodone</i>	127
<i>tazicef</i>	107	TIBSOVO.....	19	TRECATOR	130
<i>taztia xt</i>	47	<i>ticagrelor</i>	186	TRELEGY ELLIPTA	65
TAZVERIK.....	19	TICE BCG	19	TRELSTAR	20
TDVAX.....	90	TICOVAC	90	TREMFYA	84
TECHLITE INSULIN		<i>tigecycline</i>	111	TREMFYA ONE-PRESS	84
SYRINGE.....	169	<i>tilia fe</i>	117	TREMFYA PEN.....	84
TECHLITE INSULN		<i>timolol</i>	92	TREMFYA PEN INDUCTION	
SYR(HALF UNIT)	169	<i>timolol maleate</i>	46, 92	PK-CROHN	84
TECHLITE PEN NEEDLE.169,		<i>tinidazole</i>	35	<i>tretinoin</i>	69
170		<i>tiotropium bromide</i>	65	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	20
TECHLITE PLUS PEN		TIVDAK.....	19	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	65, 67,
NEEDLE	170	TIVICAY.....	134	68, 76	
TECVAYLI.....	19	TIVICAY PD.....	134	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	
TEFLARO.....	107	<i>tizanidine</i>	188	.....	52
<i>telmisartan</i>	49	TOBI PODHALER.....	104	<i>trientine</i>	103
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>tobramycin</i>	94	<i>tri-estarylla</i>	117
.....	49	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> . 104		<i>trifluoperazine</i>	42
<i>temazepam</i>	25	<i>tobramycin sulfate</i>	104	<i>trifluridine</i>	94
TEMIXYS	134	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ...	94	<i>trihexyphenidyl</i>	36
TENIVAC (PF)	90	<i>tolterodine</i>	73	TRIJARDY XR.....	27, 28
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	52	TRIKAFTA.....	61, 62
.....	134	TOPCARE CLICKFINE	171	<i>tri-legend fe</i>	117
TEPMETKO.....	19	TOPCARE ULTRA		<i>tri-linyah</i>	117
<i>terazosin</i>	73	COMFORT.....	171	<i>tri-lo-estarylla</i>	118
<i>terbinafine hcl</i>	129	<i>topiramate</i>	123	<i>tri-lo-marzia</i>	118
<i>terconazole</i>	103	<i>toposar</i>	19	<i>tri-lo-mili</i>	118
<i>teriparatide</i>	56	<i>toremifene</i>	20	<i>tri-lo-sprintec</i>	118
TERUMO INSULIN SYRINGE		<i>torpenz</i>	20	<i>trimethoprim</i>	105
.....	170	<i>torsemide</i>	52	<i>tri-mili</i>	118
<i>testosterone</i>	74	TOUJEO MAX U-300		<i>trimipramine</i>	127
<i>testosterone cypionate</i>	74	SOLOSTAR.....	30	TRINTELLIX	127
<i>testosterone enanthate</i>	74	TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-nymyo</i>	118
<i>tetrabenazine</i>	60	INSULIN	30	<i>tri-sprintec (28)</i>	118
<i>tetracycline</i>	110	TRADJENTA	27	TRIUMEQ	134
TEVIMBRA.....	19			TRIUMEQ PD	135

trivora (28)118
tri-vylibra118
tri-vylibra lo118
 TRIZIVIR.....135
 TROGARZO135
trosipium.....73
 TRUE COMFORT ALCOHOL
 PADS.....171
 TRUE COMFORT INSULIN
 SYRINGE.....171
 TRUE COMFORT PEN
 NEEDLE172
 TRUE COMFORT PRO
 ALCOHOL PADS.....172
 TRUE COMFORT PRO INS
 SYRINGE.....171, 172
 TRUE COMFORT SAFE
 INSULIN SYRG171, 172
 TRUE COMFORT SAFETY
 PEN NEEDLE.....171
 TRUEPLUS INSULIN.....173
 TRUEPLUS PEN NEEDLE.173
 TRULICITY.....28
 TRUMENBA90
 TRUQAP20
 TRUXIMA20
 TUKYSA.....20
 TURALIO20
turqoz (28)118
 TWINRIX (PF)90
 TYBOST97
 TYENNE.....84, 85
 TYENNE AUTOINJECTOR.84
 TYMLOS56
 TYPHIM VI90
U
 UBRELVY33
 UDENYCA ONBODY187
 ULTICARE174, 175
 ULTICARE INSULIN
 SYRINGE.....174

ULTICARE INSULN
 SYR(HALF UNIT)..... 174
 ULTICARE PEN NEEDLE 174
 ULTICARE SAFETY PEN
 NEEDLE..... 174
 ULTIGUARD SAFEPAK-
 INSULIN SYR 175, 176
 ULTIGUARD SAFEPAK-
 PEN NEEDLE 175
 ULTILET ALCOHOL SWAB
 176
 ULTILET INSULIN SYRINGE
 157, 176
 ULTILET PEN NEEDLE.... 176
 ULTRA CMFT INS SYR
 (HALF UNIT)..... 154, 167
 ULTRA COMFORT INSULIN
 SYRINGE..... 149, 155, 176
 ULTRA FLO INSUL
 SYR(HALF UNIT).. 176, 177
 ULTRA FLO INSULIN
 SYRINGE..... 177
 ULTRA FLO PEN NEEDLE
 177
 ULTRA THIN PEN NEEDLE
 177
 ULTRACARE INSULIN
 SYRINGE..... 177, 178
 ULTRACARE PEN NEEDLE
 178
 ULTRA-FINE INS SYR (HALF
 UNIT) 178
 ULTRA-FINE INSULIN
 SYRINGE..... 178, 179
 ULTRA-FINE PEN NEEDLE
 178, 179
 ULTRA-THIN II (SHORT) INS
 SYR 179
 ULTRA-THIN II (SHORT)
 PEN NDL 179
 ULTRA-THIN II INS PEN
 NEEDLES 179

ULTRA-THIN II INSULIN
 SYRINGE 179
 UNIFINE OTC PEN NEEDLE
 179
 UNIFINE PEN NEEDLE 180
 UNIFINE PENTIPS..... 163, 180
 UNIFINE PENTIPS
 MAXFLOW 180
 UNIFINE PENTIPS PLUS.. 180
 UNIFINE PENTIPS PLUS
 MAXFLOW 180
 UNIFINE PROTECT..... 181
 UNIFINE SAFECONTROL
 PEN NEEDLE 181
 UNIFINE ULTRA PEN
 NEEDLE 181
 UPTRAVI 98
ursodiol 71, 72
ustekinumab 85
 UZEDY 42, 43
V
valacyclovir 137
 VALCHLOR..... 68
valganciclovir 137
valproate sodium..... 123
valproic acid 123
valproic acid (as sodium salt)
 123
valsartan 49
valsartan-hydrochlorothiazide
 49
 VALTOCO 123
valtya..... 118
vancomycin 105
 VANFLYTA 20
 VANISHPOINT INSULIN
 SYRINGE 181
 VANISHPOINT SYRINGE 181
 VAQTA (PF) 90
varenicline tartrate 23, 24
 VARIVAX (PF) 91
 VAXCHORA VACCINE 91

VELTASSA	72	VIVOTIF	91	XIGDUO XR	28
VEMLIDY	135	VIZIMPRO	21	XIIDRA	96
VENCLEXTA	20	VOCABRIA	135	XOLAIR	62
VENCLEXTA STARTING		<i>volnea (28)</i>	118	XOSPATA	21
PACK	20	VONJO	21	XPOVIO	21, 22
<i>venlafaxine</i>	127	VOQUEZNA	70	XTANDI	22
VEOZAH	98	VORANIGO	21	<i>xulane</i>	118
<i>verapamil</i>	47	<i>voriconazole</i>	129	XULTOPHY 100/3.6	31
VERIFINE INSULIN		VOSEVI	136	Y	
SYRINGE	181, 182	VOWST	98	YERVOY	22
VERIFINE PEN NEEDLE ..	181,	<i>vp-ch-pnv</i>	191	YESINTEK	85
182		<i>vp-pnv-dha</i>	191	YF-VAX (PF)	91
VERIFINE PLUS PEN		VRAYLAR	43	YONSA	22
NEEDLE	182	VUMERITY	60	YUFLYMA(CF)	85
VERIFINE PLUS PEN		VYALEV	36	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-	
NEEDLE-SHARP	182	<i>vylibra</i>	118	UC-HS	85
VERQUVO	48	VYLOY	21	YUFLYMA(CF)	
VERSACLOZ	43	VYZULTA	92	AUTOINJECTOR	85
VERSALON	182	W		<i>yuvafem</i>	75
VERZENIO	20	<i>warfarin</i>	185	Z	
V-GO 20	182	WEBCOL	182	<i>zafemy</i>	118
V-GO 30	182	WELIREG	21	<i>zafirlukast</i>	63
V-GO 40	182	WINREVAIR	62	<i>zaleplon</i>	56
<i>vienna</i>	118	<i>wixela inhub</i>	63	<i>zatean-pn dha</i>	191
<i>vigabatrin</i>	123	X		<i>zatean-pn plus</i>	191
<i>vigadrone</i>	123, 124	XALKORI	21	ZEJULA	22
<i>vigpoder</i>	124	<i>xarah fe</i>	118	ZELBORAF	22
<i>vilazodone</i>	127	XARELTO	185	<i>zenatane</i>	68
VIMKUNYA	91	XARELTO DVT-PE TREAT		ZENPEP	188
<i>vinorelbine</i>	20	30D START	185	<i>zidovudine</i>	135
<i>violele (28)</i>	118	XATMEP	21	ZIIHERA	22
VIRACEPT	135	XCOPRI	124	<i>zingiber</i>	191
VIREAD	135	XCOPRI MAINTENANCE		<i>ziprasidone hcl</i>	43
<i>virt-c dha</i>	190	PACK	124	<i>ziprasidone mesylate</i>	43
<i>virt-nate dha</i>	191	XCOPRI TITRATION PACK		ZIRABEV	22
<i>virt-pn dha</i>	191	.....	124	ZIRGAN	94
<i>virt-pn plus</i>	191	XDEMZY	94	ZOLADEx	22
<i>vitafol gummies</i>	191	XELJANZ	85	ZOLINZA	22
<i>vitafol nano</i>	191	XELJANZ XR	85	<i>zolpidem</i>	56
<i>vitafol-ob+dha</i>	191	XERMELO	72	ZONISADE	124
VITRAKVI	20, 21	XGEVA	56	<i>zonisamide</i>	124
VIVIMUSTA	21	XIFAXAN	105	<i>zovia 1/35e (28)</i>	119

<i>zovia 1-35 (28)</i>	119
ZTALMY	124
ZTLIDO	103
ZURZUVAE	127

ZYDELIG	22
ZYKADIA	22
ZYLET	94
ZYNLONTA	22

ZYNYZ	22
ZYPREXA RELPREVV	43



Este formulario se actualizó el 01/01/2026. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Astiva Health's departamento de Servicio al miembro al 1-866-688-9021. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00AM a 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1- Marzo 31, y 8:00AM a 8:00PM de Lunes-Viernes, excepto festivos importantes de Abril 1- Septiembre 30, o visite 8:00AM a 8:00PM www.astivahealth.com