



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 10

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 **04/01/2026**. PARA CONSULTAR UN LISTADO COMPLETO O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, COMUNIQUESE 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 **04/01/2026**. 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 **04/01/2026**. 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, Astiva 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, Astiva 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 Astiva 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	31
AGENTES ANTIANSIEDAD.....	32
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	33
AGENTES ANTIDIABETICO.....	33
AGENTES ANTIGOTA	39
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	40
AGENTES ANTINAUSEA	41
AGENTES ANTIPARASITARIOS	42
AGENTES ANTIPARKINSON.....	43
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	44
AGENTES CALÓRICOS.....	51
AGENTES CARDIOVASCULARES	52
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	63
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	63
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	64
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	65
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	68
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	73
AGENTES DERMATOLÓGICOS	74
AGENTES GASTROINTESTINALES	78
AGENTES GENITOURINARIOS.....	81
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	82
AGENTES INMUNOLÓGICOS	87
AGENTES OFTÁLMICOS	99
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	101
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	105

AGENTES VASODILATADORES	106
ANALGÉSICOS	107
ANESTÉSICOS	111
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	111
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)	111
ANTIBACTERIANOS	112
ANTICONCEPTIVOS	119
ANTICONVULSIVOS	127
ANTIDEPRESIVOS	133
ANTIFÚNGICOS	136
ANTIISTAMÍNICOS	138
ANTIMICOBACTERIALES	138
ANTIVIRALES (SITÉMICO)	139
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS	146
DISPOSITIVOS	146
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	191
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN	193
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	196
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	197
VITAMINAS Y MINERALES	197

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.

CB: Este medicamento tiene una cantidad límite específica por mes y no permite recarga anticipada.

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.

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

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 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

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>abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg</i> (Yonsa)	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

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
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<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)

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
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
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)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	4	PA NSO; NM; NDS
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

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>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
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> (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	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

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
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
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (270 EA per 30 days)
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</i> (Torpenz)	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>everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 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
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)

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
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)
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	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
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)

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
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)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	5	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
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

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
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG- 9,600 UNIT/4.8 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)
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)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 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)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (600 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (390 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)

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>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 X2), 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
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i> (Gleostine)	2	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> (Gleostine)	5	NM; NDS
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)
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)

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
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 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
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)

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
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)
NILOTINIB D-TARTRATE ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
NILOTINIB D-TARTRATE ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 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)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i> (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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
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 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS
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

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>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 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)
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Pomalyst)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	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)
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)

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 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 FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	5	PA NSO; NM; NDS
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

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>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 EA per 30 days)
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)
TAGRISSO 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)

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>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	HI
<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

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 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
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), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	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)

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 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)
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 (abiraterone, submicronized)	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

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
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 ML per 28 days)
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)

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 tablet 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (336 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
AGENTES ANTIANSIEDAD		
Benzodiazepinas		
<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	QL (2 ML per 30 days)
<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)

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
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)	1	QL (90 EA per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)	1	QL (150 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg (Restoril)	1	QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg (Restoril)	2	QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg (Restoril)	2	QL (120 EA per 30 days)

AGENTES ANTIDEMENCIA

<i>Agentes Antidemencia</i>		
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)	1	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg (Aricept)	2	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg	1	
donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	2	
galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	2	QL (200 ML per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg (Namenda XR)	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	2	QL (300 ML per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	2	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	2	QL (30 EA per 30 days)

AGENTES ANTIDIABETICO

<i>Agentes Antidiabeticos, Varios</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>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Farxiga)	3	QL (30 EA per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin 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 (linagliptin-metformin)	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)

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>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<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 (linagliptin)	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 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
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)

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
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)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	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>	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	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>	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	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>	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	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)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	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)

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 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)
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)

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
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)
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		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	4	NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 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>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
<i>Agentes Antimigraña</i>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	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 (18 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 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 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>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 EA per 30 days)
<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		
Agentes Antinausea		
<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)

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 oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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	

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>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<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		
Agentes Antiparkinson		
<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> (Zyprexa)	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 inner 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 0.5 MG, 0.75 MG, 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, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon) recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	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		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<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	
Agentes Antiarrítmicos		
<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, 37.5 mg, 75 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 180 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<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	

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>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h</i> (diltiazem hcl) <i>degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule, extended</i> (diltiazem hcl) <i>release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240</i> <i>mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule, extended</i> (diltiazem hcl) <i>release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240</i> <i>mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets</i> <i>24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets</i> <i>24 hr 360 mg</i>	4	NM; NDS
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg,</i> <i>80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended</i> <i>release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 EA per 28 days)
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</i> <i>(0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125</i> (Digitek) <i>mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>epinephrine injection auto-injector</i> (Auvi-Q) <i>0.15 mg/0.15 ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector</i> (EpiPen Jr) <i>0.15 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector</i> <i>0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector</i> (Auvi-Q) <i>0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 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>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)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	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)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	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 PELLET 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	

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>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	
<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-hctiazid 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-hctiazid oral tablet 5-160-12.5 mg</i> (Exforge HCT)	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>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</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	6	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	6	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	2	
<i>cholestyramine oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine Light)	2	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	4	NM; NDS
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	6	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>fenofibrate micronized oral capsule</i> 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg (Tricor)	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 48 mg	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)
<i>icosapent ethyl oral capsule</i> 1 gram (Vascepa)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg	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</i> 24 hr 1,000 mg, 500 mg	2	
<i>niacin oral tablet extended release</i> 24 hr 750 mg	4	NM; NDS
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule</i> 1 gram (Lovaza)	2	ST; QL (120 EA per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet</i> 1 mg, 2 mg, 4 mg (Livalo)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	
<i>prevalite oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine)	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)

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
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	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<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 (tolvaptan (polycys MG, 30 MG 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	

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>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>toremide 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	
<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	

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>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>	6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
<i>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</i>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg</i> (Inspra)	2	
<i>eplerenone oral tablet 50 mg</i>	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>Vasodilatadores</i>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradoso)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	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>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
<i>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</i>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	NM; NDS
<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)

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>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
<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)
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO		
<i>Agentes De Trastorno De Sueño</i>		
<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>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> (Silenor)	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>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		
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central</i>		
<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)

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
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)
<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)

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>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)
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 (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	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
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) 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)
<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		

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 Tracto Respiratorio, Otros		
<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)
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>	5	PA; NM; NDS; QL (270 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>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)
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
<i>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</i>		
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)

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
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	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>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	4	NM; NDS; QL (30.9 GM per 30 days)
<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

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
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>	2	QL (36 GM per 30 days)
<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)

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
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	
<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		
<i>Agentes Dentales Y Orales</i>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	4	NM; NDS
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	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	

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>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	
<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	

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>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	
<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>	4	NM; NDS; QL (100 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>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	
<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)

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
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	
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 Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	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>permethrin topical cream 5 %</i>	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		
<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	

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>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
<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)

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>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>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	5	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<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)
<i>Enlaces De Fosfato</i>		
<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	
<i>Laxantes</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>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		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg</i> (Toviaz)	4	NM; NDS
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i> (Myrbetriq)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 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>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
<i>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</i>		
<i>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</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (liothyronine)	2	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Liomny)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA

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>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	4	PA; NM; NDS; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Vogelxo)	4	PA; NM; NDS; QL (300 GM per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> (Premarin)	2	
<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> (Yuvafem)	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)

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>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	PA; PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
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>yuvafem 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	
<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

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>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	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)
<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

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
NORDITROPIN FLEXPRO 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</i> <i>1,000 mcg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>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)
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	

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>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

ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	4	PA BvD; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	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 200 MG/ML SYRINGE KIT	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
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	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) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	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

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
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
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.25 mg</i>	2	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>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>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	2	PA BvD
<i>engraf 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

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 PEN PSOR-UVEITS-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
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 100 mg</i> (Remicade)	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) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	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>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	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
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
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	4	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	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
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 SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
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
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	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)

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
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 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 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
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i> (Otulfi)	3	PA
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

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
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
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

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
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	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 EA per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
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

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
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL 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	
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

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
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
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	

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
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	
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)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay; QL (2 ML 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

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	
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	
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		

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>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 0.1 %</i> (Alphagan P)	4	NM; NDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	4	NM; NDS
<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	

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>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		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<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	

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>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>	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	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</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>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 %	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.3-0.1 %	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	4	NM; NDS
XDEMVIY 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) (tobramycin-lotepred) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
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 OPHTHALMIC (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 acetonide oil otic (ear) drops</i> (DermOtic Oil) 0.01 %	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> (FML Liquifilm) 0.1 %	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> (24 Hour Allergy Relief) 50 mcg/actuation	1	QL (16 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
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 ML per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 ML per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 GM per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	NM; NDS; QL (10 GM per 14 days)
<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 OPHTHALMIC (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>	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)

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>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 ML per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (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		
<i>Agentes Terapeuticos Misceláneos</i>		
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>bupirone 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	

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>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)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL	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; CB (6 EA per 30 days)
<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)

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
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)
<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>	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	

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>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)
<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 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 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)

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>butalbital-acetaminop-caff-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)
<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)

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>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)
<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)

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
ANESTÉSICOS		
<i>Anestesia Local</i>		
<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)
<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>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tridacaine ii 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)		

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
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<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		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	HI
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	

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>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>fosfomycin 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
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	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)

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
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
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i>	4	NM; HI; NDS
Cefalosporinas		
<i>cefaclor 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, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</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>cefixime oral tablet 400 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>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	HI
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NM; NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> (Teflaro)	5	NM; NDS
<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	
<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 (ceftaroline fosamil)	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</i>	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 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	

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>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	
<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	
<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	

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-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 (Unasyn) soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	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
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	NM; NDS
<i>naftcilin 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		

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>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	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 sub, p/f, inner</i>	2	HI
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	HI
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	

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>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> (Mondoxyne 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
<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	

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>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
<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

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>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	
<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	

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

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>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>luteru (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	
<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-linyah 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	

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>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
<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
<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

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
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	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</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-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 EA per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 EA per 28 days)
<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	(brivaracetam)	5	NM; NDS; QL (80 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	(brivaracetam)	5	NM; NDS; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	(brivaracetam)	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	

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>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)
<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)

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
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>fosphephenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	HI
<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	

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>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
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg</i> (Spritam)	4	ST; NM; NDS
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	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> (Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (720 ML per 30 days)
<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)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (phenytoin sodium extended)	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>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
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG	4	ST; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG (levetiracetam)	4	ST; NM; NDS
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	4	PA NSO; 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	

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>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)
<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)

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
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	
<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

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>desvenlafaxine succinate oral tablet</i> (Pristiq) <i>extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	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	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 EA per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	5	PA NSO; NM; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; NM; NDS
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	

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>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</i> (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg	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
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

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>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)
<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	

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

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>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)
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)

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>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	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 (rilpivirine hcl)	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-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	2	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	2	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	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
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	
<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)

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>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
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i> (Edurant)	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

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>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)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 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
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	
<i>Antivirales Hcv</i>		
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)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<i>Antivirales, Varios</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
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (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		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	NM; NDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 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>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>	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
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 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
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 ND 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 PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (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
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
BD INS SYR UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE u-100) 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 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 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 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 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
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle 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 SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs) 1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 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
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 u-100) 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 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
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 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
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	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 u-100) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle u-100) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX1/2" 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
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 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	
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 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
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

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 TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	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

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 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 (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	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 (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	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 (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
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

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 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
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		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
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
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 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	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
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 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" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, 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 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
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

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 ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 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 (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " 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 (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 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
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	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 (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	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 (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	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
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	1	PA; ST
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

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 INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	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 1 ML	1 (insulin syringe needleless)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 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	
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
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

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
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	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
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 " (Bordered Gauze)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY (Alcohol Pads)	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 PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (CareFine Pen Needle)	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
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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
GNP ULT CMFRT 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1/2 ML 29 u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 30 GAUGE u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 7/16"	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 30 u-100)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 (1st Tier Unifine GAUGE X 5/16" Pentips)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 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
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
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 SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (UltiCare Insuln 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) INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle u-100) 29	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe) INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G (BD SafetyGlide Syringe) 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G (Comfort EZ Insulin Syringe) 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	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
INSUMED SYRINGE 0.3 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
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 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
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	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

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
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" 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 (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X safety) 3/16"	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 (Comfort EZ Pen GAUGE X 5/16" Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 (Advocate Pen Needle) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 (Comfort EZ Pen GAUGE X 3/16" Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 (Comfort EZ Pen GAUGE X 1/4" 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 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 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 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	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 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 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
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., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 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" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 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 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (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
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
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 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
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 (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 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
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle u-100) ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin Syringe) ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 (insulin syringe-needle u-100) ML 1/2 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.3 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle u-100) 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"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	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 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	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 (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 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
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 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 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle 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 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, 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 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 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
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
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 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
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
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	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
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
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 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
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
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

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
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	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
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

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

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 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
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

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

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 SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	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"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	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"	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 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
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
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

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>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	
<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	

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 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 (Agrylin)</i>	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 (Pradaxa)</i>	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)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	3	QL (960 EA per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml (Lovenox)</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml (Lovenox)</i>	2	QL (48 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml (Lovenox)</i>	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml (Lovenox)</i>	2	QL (24 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 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	QL (60 EA per 30 days)
<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)
<i>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</i>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 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>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	
Modificadores De Formación De Sangre		
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
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)

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
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
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

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
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	
<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	

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>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</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	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>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</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	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	
<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>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 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>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 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	
<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	

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>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		
.....	139	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	.....	139
A		
<i>abacavir</i>	132	
<i>abacavir-lamivudine</i>	132	
ABELCET.....	129	
<i>abigale</i>	76	
<i>abigale lo</i>	76	
ABILIFY ASIMTUFII.....	37	
ABILIFY MAINTENA.....	37, 38	
<i>abiraterone</i>	5	
<i>abiraterone, submicronized</i>	5	
<i>abirtega</i>	5	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	.....	139
ABRYSVO (PF).....	87	
<i>acamprosate</i>	24	
<i>acarbose</i>	27	
<i>acebutolol</i>	46	
<i>acetaminophen-codeine</i>	101	
<i>acetazolamide</i>	92, 93	
<i>acetazolamide sodium</i>	93	
<i>acetic acid</i>	94	
<i>acetylcysteine</i>	62	
<i>acitretin</i>	69	
ACTHIB (PF).....	87	
ACTIMMUNE.....	98	
<i>acyclovir</i>	69, 138	
<i>acyclovir sodium</i>	138	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) ..	87	
<i>adapalene</i>	71	
<i>adefovir</i>	138	
ADEMPAS.....	99	
<i>adrucil</i>	5	
ADVAIR HFA.....	63	
ADVOCATE PEN NEEDLE	.....	140
ADVOCATE SYRINGES..	139,	
140		
<i>afirmelle</i>	112	
AIMOVIG AUTOINJECTOR	.....	33
AIRSUPRA.....	63, 65	
AKEEGA.....	5	
<i>ala-cort</i>	67	
<i>albendazole</i>	35	
<i>albuterol sulfate</i>	65	
ALCOHOL PADS.....	140	
ALCOHOL PREP PADS	160	
ALCOHOL PREP SWABS.	140	
ALCOHOL SWABS.....	156	
ALCOHOL WIPES.....	140	
ALECENSA.....	5	
<i>alendronate</i>	56, 57	
<i>alfuzosin</i>	74	
<i>aliskiren</i>	55	
<i>allopurinol</i>	32	
<i>alose tron</i>	56	
<i>alprazolam</i>	25	
<i>altavera (28)</i>	112	
ALTRENO.....	71	
ALUNBRIG.....	5	
ALVAIZ.....	188	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	112	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	112	
ALYFTREK.....	62	
<i>alyq</i>	99	
<i>amantadine hcl</i>	36	
<i>amethyst (28)</i>	112	
<i>amikacin</i>	105	
<i>amiloride</i>	53	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	.....	53
<i>amiodarone</i>	45	
<i>amitriptyline</i>	126	
<i>amlodipine</i>	50	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	51	
<i>amlodipine-benazepril</i>	50	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	50	
<i>amlodipine-valsartan</i>	50	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiamid</i>	.....	50
<i>ammonium lactate</i>	69	
<i>amoxapine</i>	126	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>	.....	71
<i>amoxicillin</i>	109	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	109,	
110		
<i>amphotericin b</i>	129	
<i>amphotericin b liposome</i>	129	
<i>ampicillin</i>	110	
<i>ampicillin sodium</i>	110	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	110	
<i>anagrelide</i>	186	
<i>anastrozole</i>	5	
ANKTIVA.....	5	
ANORO ELLIPTA.....	65	
<i>aprepitant</i>	34	
<i>apri</i>	112	
APTIVUS.....	132	
AQINJECT PEN NEEDLE	140,	
141		
ARCALYST.....	80	
AREXVY (PF).....	87	
ARIKAYCE.....	105	
<i>aripiprazole</i>	38	

ARISTADA.....	38	AVONEX	59	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
ARISTADA INITIO	38	AXTLE	5	NEEDLE	143
<i>armodafinil</i>	57	<i>ayuna</i>	113	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
ARNUITY ELLIPTA.....	64	AYVAKIT	6	NEEDLE	143
<i>asenapine maleate</i>	38	<i>azacitidine</i>	6	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	187	<i>azathioprine</i>	80	PEN NEEDLE	143
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>azathioprine sodium</i>	80	BD VEO INSULIN SYR	
PEN NDL	141	<i>azelastine</i>	97	(HALF UNIT).....	143
ASSURE ID DUO-SHIELD	141	<i>azithromycin</i>	108	BD VEO INSULIN SYRINGE	
ASSURE ID INSULIN		<i>aztreonam</i>	107	UF	143
SAFETY.....	141	<i>azurette (28)</i>	113	BELSOMRA.....	57
ASSURE ID PEN NEEDLE	141	B		<i>benazepril</i>	54
ASSURE ID PRO PEN		<i>bacitracin</i>	94	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
NEEDLE	141	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	94	.....	54
ASTAGRAF XL	80	<i>baclofen</i>	190	<i>bendamustine</i>	6
<i>atazanavir</i>	132	<i>bal-care dha</i>	190	BENDAMUSTINE.....	6
<i>atenolol</i>	46	<i>bal-care dha essential</i>	190	BENDEKA	6
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	46	<i>balsalazide</i>	56	BENLYSTA.....	80
<i>atomoxetine</i>	58	BALVERSA	6	<i>benztropine</i>	36
<i>atorvastatin</i>	51	BAQSIMI	98	BESREMI	80
<i>atovaquone</i>	35	BCG VACCINE, LIVE (PF) .	87	<i>betaine</i>	98
<i>atovaquone-proguanil</i>	35	BD ALCOHOL SWABS.....	142	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	67
<i>atropine</i>	97	BD AUTOSHIELD DUO PEN		<i>betamethasone valerate</i>	67
ATROVENT HFA	65	NEEDLE.....	141	<i>betamethasone, augmented</i>	67
ATTRUBY	48	BD ECLIPSE LUER-LOK..	141	BETASERON.....	59
<i>aubra eq</i>	112	BD INSULIN SYRINGE	142	<i>betaxolol</i>	93
AUGTYRO	5	BD INSULIN SYRINGE		<i>bethanechol chloride</i>	74
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	113	(HALF UNIT).....	141	<i>bexarotene</i>	6
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	113	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO	87
<i>aurovela 24 fe</i>	113	ULTRA-FINE.....	141, 142	<i>bicalutamide</i>	6
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	113	BD LO-DOSE ULTRA-FINE		BICILLIN L-A.....	110
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	113	.....	142	BIKTARVY	132
AUSTEDO	58	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bisoprolol fumarate</i>	46
AUSTEDO XR.....	58	NEEDLE.....	142	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	
AUSTEDO XR TITRATION		BD SAFETYGLIDE INSULIN		.....	46
KT(WK1-4).....	59	SYRINGE.....	142	BIZENGRI.....	6
AUTOSHIELD DUO PEN		BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>bleomycin</i>	6
NEEDLE	141	.....	142	<i>blisovi 24 fe</i>	113
AUVELITY	126	BD ULTRA-FINE MICRO		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	113
<i>aviane</i>	113	PEN NEEDLE	142	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	113
AVMAPKI	5	BD ULTRA-FINE MINI PEN		BOOSTRIX TDAP	87, 88
AVMAPKI-FAKZYNJA	5	NEEDLE.....	143	BORDERED GAUZE	143

<i>bortezomib</i>.....6	CALQUENCE	<i>chateal eq (28)</i> 113
BORUZU .....6	(ACALABRUTINIB MAL) 7	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 25
<i>bosentan</i> .....99	CAMCEVI (6 MONTH) 7	<i>chlorhexidine gluconate</i> 66
BOSULIF .....6, 7	<i>camila</i> 113	<i>chloroquine phosphate</i> 35
BRAFTOVI.....7	CAMZYOS..... 48	<i>chlorpromazine</i> 38
BREO ELLIPTA .....64	<i>candesartan</i> 49	<i>chlorthalidone</i> 53
<i>breyna</i>.....64	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	<i>cholestyramine</i> 51
BREZTRI AEROSPHERE ....65	..... 49	<i>cholestyramine light</i> 51
<i>brimonidine</i> .....93	CAPLYTA..... 38	<i>ciclopirox</i> 129
<i>brimonidine-timolol</i>.....93	CAPRELSA..... 7	<i>cilostazol</i> 187
<i>brinzolamide</i>.....93	<i>captopril</i> 54	CIMDUO 133
BRIVIACT .....120	<i>carbamazepine</i> 120, 121	<i>cimetidine hcl</i> 71
<i>bromfenac</i>.....96	<i>carbidopa-levodopa</i> 36	CIMZIA 80, 81
<i>bromocriptine</i> .....36	CAREFINE PEN NEEDLE. 143	CIMZIA POWDER FOR
BRONCHITOL .....62	CARETOUCH ALCOHOL	RECONST 81
BRUKINSA .....7	PREP PAD..... 143	CIMZIA STARTER KIT 81
<i>budesonide</i>.....56, 64	CARETOUCH INSULIN	<i>cinacalcet</i> 57
<i>budesonide-formoterol</i> .....64	SYRINGE..... 144	<i>ciprofloxacin hcl</i> 94, 111
<i>bumetanide</i> .....53	CARETOUCH PEN NEEDLE	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>
<i>buprenorphine</i> .....101	..... 143, 144	..... 111
<i>buprenorphine hcl</i> .....24	<i>carglumic acid</i> 72	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> 94
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....24	<i>carteolol</i> 93	<i>citalopram</i> 126
<i>bupropion hcl</i> .....126	<i>cartia xt</i> 47	<i>clarithromycin</i> 109
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	<i>carvedilol</i> 46	CLICKFINE PEN NEEDLE
.....24	CAYSTON 107	..... 144, 156
<i>bupirone</i>.....98	<i>cefaclor</i> 107	<i>clindamycin hcl</i> 105
<i>bupalbital-acetaminop-caf-cod</i>	<i>cefadroxil</i> 107	<i>clindamycin phosphate</i> .. 70, 105,
.....102	<i>cefazolin</i> 107	106
<i>bupalbital-acetaminophen-caff</i>	<i>cefdinir</i> 107	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 70
.....102	<i>cefepime</i> 107	CLINIMIX 6%-D5W
C	<i>cefixime</i> 107	(SULFITE-FREE)..... 44
CABENUVA.....132	<i>cefoxitin</i> 108	CLINIMIX 8%-
<i>cabergoline</i>.....36	<i>cefpodoxime</i> 108	D10W(SULFITE-FREE) ... 44
CABOMETYX.....7	<i>cefprozil</i> 108	CLINIMIX 8%-
<i>cabotegravir</i> .....132, 133	<i>ceftaroline fosamil</i> 108	D14W(SULFITE-FREE) ... 44
<i>calcipotriene</i>.....69	<i>ceftazidime</i> 108	CLINIMIX E 8%-D10W
<i>calcitonin (salmon)</i>.....57	<i>ceftriaxone</i> 108	SULFITEFREE..... 45
<i>calcitriol</i> .....57	<i>cefuroxime axetil</i> 108	CLINIMIX E 8%-D14W
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	<i>cefuroxime sodium</i> 108	SULFITEFREE..... 45
.....73	<i>celecoxib</i> 100	<i>clobazam</i> 121
CALQUENCE.....7	<i>cephalexin</i> 108	<i>clobetasol</i> 67, 68
	<i>cevimeline</i> 66	<i>clobetasol-emollient</i> 68

<i>clomipramine</i>	126	CRESEMBA.....	130	<i>deblitane</i>	113
<i>clonazepam</i>	25	<i>cromolyn</i>	62, 72, 97	<i>decitabine</i>	8
<i>clonidine</i>	45	<i>cryselle (28)</i>	113	<i>deferasirox</i>	104
<i>clonidine hcl</i>	45	CURAD GAUZE PAD.....	147	DELSTRIGO	133
<i>clopidogrel</i>	188	CURITY ALCOHOL SWABS		<i>demeclocycline</i>	111
<i>clorazepate dipotassium</i>	25	.....	147	DENGVAXIA (PF)	88
<i>clotrimazole</i>	129, 130	CURITY GAUZE.....	147	<i>denta 5000 plus</i>	66
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	130	<i>cyclobenzaprine</i>	190	<i>dentagel</i>	66
<i>clozapine</i>	39	<i>cyclophosphamide</i>	7, 8	DEPO-SUBQ PROVERA	104
<i>c-nate dha</i>	190	<i>cyclosporine</i>	81, 96	.....	79
COARTEM	35	<i>cyclosporine modified</i>	81	DERMACEA	147
COBENFY	39	CYLTEZO(CF)	82	DERMACEA NON-WOVEN	
COBENFY STARTER PACK		CYLTEZO(CF) PEN.....	82	.....	147
.....	39	CYLTEZO(CF) PEN		<i>dermacinrx lidocan</i>	104
<i>colchicine</i>	32	CROHN'S-UC-HS.....	81	DESCOVY.....	133
<i>colesevelam</i>	51	CYLTEZO(CF) PEN		<i>desipramine</i>	126
<i>colestipol</i>	51	PSORIASIS-UV	81	<i>desmopressin</i>	78
<i>colistin (colistimethate na)</i> ...106		<i>cyred eq</i>	113	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 113	
COMBIVENT RESPIMAT ...65		D		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 114	
COMETRIQ.....	7	<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i>		<i>desvenlafaxine succinate</i>	127
COMFORT EZ INSULIN		.....	184	<i>dexamethasone</i>	77
SYRINGE.....	144, 145, 146	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>		<i>dexamethasone sodium</i>	
COMFORT EZ PEN NEEDLES		.....	184, 185	<i>phosphate</i>	77, 96
.....	145, 146	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>dextroamphetamine-</i>	
COMFORT EZ PRO SAFETY		.....	185	<i>amphetamine</i>	59
PEN NDL.....	146	<i>dabigatran etexilate</i>	186	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..45	
COMFORT TOUCH PEN		<i>dalfampridine</i>	59	DIACOMIT.....	121
NEEDLE	146, 147	<i>danazol</i>	75	<i>diazepam</i>	25, 121
<i>completenate</i>	190	<i>dantrolene</i>	190	<i>diazepam intensol</i>	25
<i>compro</i>	34	DANYELZA	8	<i>diazoxide</i>	98
<i>conjugated estrogens</i>	76	DANZITEN	8	<i>diclofenac epolamine</i>	100
<i>constulose</i>	72	<i>dapagliflozin propanediol</i>	27	<i>diclofenac potassium</i>	100
COPIKTRA.....	7	<i>dapsone</i>	131	<i>diclofenac sodium</i>	96, 100
CORLANOR.....	48	DAPTACEL (DTAP		<i>diclofenac-misoprostol</i>	100
CORTROPHIN GEL.....	78	PEDIATRIC) (PF).....	88	<i>dicloxacillin</i>	110
COSENTYX.....	81	<i>daptomycin</i>	106	<i>dicyclomine</i>	72
COSENTYX (2 SYRINGES) 81		<i>darunavir</i>	133	<i>didanosine</i>	133
COSENTYX PEN (2 PENS)..81		<i>dasatinib</i>	8	<i>difluprednate</i>	96
COSENTYX UNOREADY		<i>dasetta 1/35 (28)</i>	113	<i>digoxin</i>	48
PEN	81	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	113	<i>dihydroergotamine</i>	33
COTELIC.....	7	DATROWAY	8	DILANTIN	121
CREON	189	DAURISMO.....	8	<i>diltiazem hcl</i>	47, 48

<i>dilt-xr</i>	48	EASY COMFORT INSULIN		ELIGARD (3 MONTH).....	8
<i>dimethyl fumarate</i>	59	SYRINGE.....	151, 152	ELIGARD (4 MONTH).....	8
<i>diphenoxylate-atropine</i>	72	EASY COMFORT PEN		ELIGARD (6 MONTH).....	8
<i>dipyridamole</i>	188	NEEDLES	152	<i>elinest</i>	114
<i>disulfiram</i>	24	EASY COMFORT SAFETY		ELIQUIS	186
<i>divalproex</i>	121	PEN NEEDLE	151	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D	
<i>dofetilide</i>	45	EASY GLIDE INSULIN		START	186
<i>dolishale</i>	114	SYRINGE.....	152	ELIQUIS SPRINKLE.....	186
<i>donepezil</i>	26	EASY GLIDE PEN NEEDLE		ELREXFIO	8, 9
<i>dorzolamide</i>	93	.....	153	<i>eltrombopag olamine</i>	188
<i>dorzolamide-timolol</i>	93	EASY TOUCH.....	154	<i>eluryng</i>	114
DOVATO	133	EASY TOUCH ALCOHOL		EMBRACE PEN NEEDLE .	155
<i>doxazosin</i>	45	PREP PADS	153	EMCYT.....	9
<i>doxepin</i>	57, 127	EASY TOUCH FLIPLOCK		EMGALITY PEN	33
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	8	INSULIN	154	EMGALITY SYRINGE	33
<i>doxy-100</i>	111	EASY TOUCH FLIPLOCK		EMRELIS	9
<i>doxycycline hyclate</i>	111, 112	SYRINGE.....	153	EMSAM.....	127
<i>doxycycline monohydrate</i>	112	EASY TOUCH INSULIN		<i>emtricitabine</i>	133
DRIZALMA SPRINKLE.....	127	SAFETY SYR	153	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .	133
<i>dronabinol</i>	34	EASY TOUCH INSULIN		<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	133
DROPLET INSULIN		SYRINGE.....	153, 154, 155	EMTRIVA	133
SYR(HALF UNIT) ..	147, 148	EASY TOUCH LUER LOCK		<i>emzahh</i>	114
DROPLET INSULIN		INSULIN	154	<i>enalapril maleate</i>	54
SYRINGE.....	148, 149	EASY TOUCH PEN NEEDLE		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	54
DROPLET MICRON PEN		.....	154	ENBREL	82
NEEDLE	149	EASY TOUCH SAFETY PEN		ENBREL MINI.....	82
DROPLET PEN NEEDLE..	149,	NEEDLE.....	154, 155	ENBREL SURECLICK.....	82
150		EASY TOUCH		<i>endocet</i>	102
DROPSAFE ALCOHOL PREP		SHEATHLOCK INSULIN		ENGERIX-B (PF).....	88
PADS.....	150	.....	153, 154	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	
DROPSAFE INSULIN		EASY TOUCH UNI-SLIP ..	155	.....	88
SYRINGE.....	150	<i>econazole nitrate</i>	130	<i>enilloring</i>	114
DROPSAFE PEN NEEDLE	150,	EDURANT	133	<i>enoxaparin</i>	186, 187
151		EDURANT PED.....	133	<i>enpresse</i>	114
<i>droxidopa</i>	45	<i>efavirenz</i>	133	ENSACOVE	9
<i>duloxetine</i>	127	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>		<i>enskyce</i>	114
DUPIXENT PEN	82	.....	133	<i>entacapone</i>	37
DUPIXENT SYRINGE.....	82	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		<i>entecavir</i>	138
<i>dutasteride</i>	74	.....	133	ENTRESTO	49
E		ELAHERE.....	8	ENTRESTO SPRINKLE	49
EASY COMFORT ALCOHOL		ELEPSIA XR.....	121	<i>enulose</i>	72
PAD.....	152	ELIGARD.....	8	EPCLUSA.....	137

EPIDIOLEX.....	122	EXTENCILLINE.....	110	FIRMAGON KIT W DILUENT	
<i>epinastine</i>	97	EXXUA	127	SYRINGE	10
<i>epinephrine</i>	48	EYSUVIS	96	<i>flavoxate</i>	74
<i>epitol</i>	122	<i>ezetimibe</i>	51	<i>flecainide</i>	46
EPIVIR HBV.....	134	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51	<i>floxuridine</i>	10
EPKINLY.....	9	F		<i>fluconazole</i>	130
<i>eplerenone</i>	55	FAKZYNJA.....	10	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	130
ERBITUX.....	9	<i>falmina (28)</i>	114	<i>flucytosine</i>	130
<i>ergoloid</i>	26	<i>famciclovir</i>	138	<i>fludrocortisone</i>	77
ERIVEDGE.....	9	<i>famotidine</i>	71	<i>flunisolide</i>	96
ERLEADA	9	FANAPT.....	39	<i>fluocinolone</i>	68
<i>erlotinib</i>	9	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide oil</i>	96
<i>errin</i>	114	A	39	<i>fluocinonide</i>	68
<i>ertapenem</i>	107	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoride (sodium)</i>	66
<i>erythromycin</i>	94, 109	B.....	39	<i>fluorometholone</i>	96
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	109	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorouracil</i>	10, 69
<i>erythromycin with ethanol</i>	70	C.....	39	<i>flouxetine</i>	127
ERZOFRI	39	FARXIGA	27	<i>fluphenazine decanoate</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	127	FASENRA	62	<i>fluphenazine hcl</i>	40
<i>eslicarbazepine</i>	122	FASENRA PEN	62	<i>flurbiprofen</i>	101
<i>esomeprazole magnesium</i>	71	<i>febuxostat</i>	32	<i>flurbiprofen sodium</i>	96
<i>estarylla</i>	114	<i>feirza</i>	114	<i>flutamide</i>	10
<i>estradiol</i>	76	<i>felbamate</i>	122	<i>fluticasone propionate</i>	64, 68, 96
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	76	<i>felodipine</i>	51	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	
<i>eszopiclone</i>	58	<i>femynor</i>	114	.....	64
<i>ethambutol</i>	132	<i>fenofibrate</i>	52	<i>fluvastatin</i>	52
<i>ethosuximide</i>	122	<i>fenofibrate micronized</i>	52	<i>fluvoxamine</i>	128
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	114	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	52	<i>folivane-ob</i>	190
<i>etodolac</i>	101	<i>fentanyl</i>	102	<i>fondaparinux</i>	187
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>fentanyl citrate</i>	102	<i>fosamprenavir</i>	134
.....	114	<i>fesoterodine</i>	74	<i>fosfomycin tromethamine</i>	106
ETOPOPHOS.....	9	FETZIMA	127	<i>fosinopril</i>	54
<i>etoposide</i>	9	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>etravirine</i>	134	INSULIN	29	.....	54
EUCRISA.....	68	FIASP PENFILL U-100		<i>fosphenytoin</i>	122
EULEXIN.....	9	INSULIN	29	FOTIVDA.....	10
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	9, 10	FIASP PUMPCART	29	FREESTYLE PRECISION.....	156
<i>everolimus</i>		FIASP U-100 INSULIN	29	FRUZAQLA	10
<i>(immunosuppressive)</i>	82	<i>fidaxomicin</i>	109	<i>fulvestrant</i>	10
EVOTAZ.....	134	<i>finasteride</i>	74	<i>furosemide</i>	53
EXEL INSULIN.....	156	<i>fingolimod</i>	59	FUZEON.....	134
<i>exemestane</i>	10	FINTEPLA	122	FYARRO	10

G	GVOKE PFS 1-PACK	HUMULIN R U-500 (CONC)
<i>gabapentin</i>.....122	SYRINGE 98	INSULIN 29
<i>galantamine</i>.....26	H	HUMULIN R U-500 (CONC)
<i>gallifrey</i> .....79	HAEGARDA 188	KWIKPEN 30
GAMUNEX-C .....82	<i>hailey 24 fe</i> 114	<i>hydralazine</i> 49
GARDASIL 9 (PF).....88	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> 114	<i>hydrochlorothiazide</i> 53
GAUZE BANDAGE.....156	<i>hailey fe 1/20 (28)</i> 115	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 102
GAUZE PAD .....156	<i>halobetasol propionate</i> 68	<i>hydrocortisone</i> 56, 68, 77
<i>gavilyte-c</i> .....74	<i>haloette</i> 115	<i>hydrocortisone valerate</i> 68
<i>gavilyte-g</i>.....74	<i>haloperidol</i> 40	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> 94
<i>gavilyte-n</i>.....74	<i>haloperidol decanoate</i> 40	<i>hydromorphone</i> 102
GAVRETO.....10	<i>haloperidol lactate</i> 40	<i>hydroxychloroquine</i> 35
<i>gefitinib</i>.....10	HARVONI 137	<i>hydroxyurea</i> 11
<i>gemfibrozil</i>.....52	HAVRIX (PF) 88	<i>hydroxyzine hcl</i> 131
<i>generlac</i> .....72	HEALTHWISE INSULIN	<i>hydroxyzine pamoate</i> 98
<i>gengraf</i> .....82	SYRINGE 157	HYRNUO 11
<i>gentak</i> .....94	HEALTHWISE PEN NEEDLE	I
<i>gentamicin</i> .....70, 94, 105	..... 157, 158	<i>ibandronate</i> 57
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> 105	HEALTHY ACCENTS	IBRANCE 11
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>.....105	UNIFINE PENTIP 158	IBTROZI 11
GENVOYA .....134	<i>heather</i> 115	<i>ibu</i> 101
GILOTRIF.....10	<i>heparin (porcine)</i> 187	<i>ibuprofen</i> 101
<i>glatiramer</i> .....59	HEPLISAV-B (PF) 88	<i>icatibant</i> 49
<i>glatopa</i>.....60	HERCEPTIN HYLECTA 11	<i>iclevia</i> 115
<i>glimepiride</i> .....32	HERNEXEOS 11	ICLUSIG 11
<i>glipizide</i> .....32	HIBERIX (PF) 88	<i>icosapent ethyl</i> 52
<i>glipizide-metformin</i> .....32	HUMIRA 83	IDHIFA 11
<i>glucagon emergency kit</i>	HUMIRA PEN 83	<i>ifosfamide</i> 11
<i>(human)</i> .....98	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	ILEVRO 97
<i>glutamine (sickle cell)</i> .....98	HS START 82	<i>imatinib</i> 11
<i>glyburide</i>.....32	HUMIRA PEN PSOR-	IMBRUVICA 11, 12
<i>glyburide micronized</i>.....32	UVEITS-ADOL HS 83	IMDELLTRA 12
<i>glyburide-metformin</i>.....32	HUMIRA(CF) 83	<i>imipenem-cilastatin</i> 107
<i>glycopyrrolate</i> .....72	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	<i>imipramine hcl</i> 128
<i>glydo</i> .....104	STARTER 83	<i>imiquimod</i> 69
GLYXAMBI .....27	HUMIRA(CF) PEN 83	IMJUDO 12
GOMEKLI .....11	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	IMKELDI 12
<i>griseofulvin microsize</i> 130	UC-HS 83	IMOVAX RABIES VACCINE
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...130	HUMIRA(CF) PEN	(PF) 88
<i>guanfacine</i> .....45, 60	PEDIATRIC UC 83	IMPAVIDO 35
GVOKE.....98	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	<i>incassia</i> 115
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 98	ADOL HS 83	

INCONTROL ALCOHOL PADS.....	158	INVEGA SUSTENNA	40, 41	<i>junel fe 24</i>	115
INCONTROL PEN NEEDLE	158	INVEGA TRINZA	41	JYLAMVO	12
INCRELEX	78	INVELTYS.....	97	JYNARQUE	53
<i>indapamide</i>	53	IPOL	89	JYNNEOS (PF).....	89
<i>indomethacin</i>	101	<i>ipratropium bromide</i> ..	65, 97, 98	K	
INFANRIX (DTAP) (PF).....	89	<i>ipratropium-albuterol</i>	65	KALETRA.....	134
<i>infliximab</i>	83	<i>irbesartan</i>	49	KALYDECO.....	62
INGREZZA.....	60	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>kariva (28)</i>	115
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	60	ISENTRESS	134	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	115
INGREZZA SPRINKLE.....	60	ISENTRESS HD.....	134	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	115
INLEXZO.....	12	<i>isibloom</i>	115	KERENDIA	55
INLURIYO.....	12	<i>isoniazid</i>	132	KESIMPTA PEN	60
INLYTA.....	12	<i>isosorbide dinitrate</i>	55	<i>ketoconazole</i>	130
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	158	<i>isosorbide mononitrate</i>	55	<i>ketorolac</i>	97, 101
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	158	ITOVEBI	12	KEYTRUDA.....	12
INQOVI.....	12	<i>itraconazole</i>	130	KEYTRUDA QLEX.....	13
INREBIC	12	IV PREP WIPES	160	KIMMTRAK	13
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .30		<i>ivabradine</i>	49	KINERET	83
<i>insulin aspart u-100</i>	30	<i>ivermectin</i>	35	KINRIX (PF)	89
<i>insulin glargine-yfgn</i>	30	IWILFIN.....	12	<i>kionex (with sorbitol)</i>	72
<i>insulin lispro</i>	30	IXIARO (PF).....	89	KISQALI.....	13
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	158	J		KISQALI FEMARA CO-PACK	13
INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	142	JAKAFI	12	KLISYRI (250 MG).....	70
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	159	<i>jantoven</i>	187	<i>klor-con m10</i>	185
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	155, 156, 158, 159, 164, 166, 168, 172, 176, 177	JANUMET.....	27	<i>klor-con m15</i>	185
INSULIN U-500 SYRINGE- NEEDLE	159	JANUMET XR.....	27	<i>klor-con m20</i>	185
INSUMED.....	159	JANUVIA.....	27	KLOXXADO.....	24
INSUPEN PEN NEEDLE	160	JARDIANCE.....	27	KOMZIFTI	13
INTELENCE.....	134	<i>javygtor</i>	189	KOSELUGO.....	13
<i>introvale</i>	115	JAYPIRCA	12	<i>kosher prenatal plus iron</i>	191
INVEGA HAFYERA.....	40	JEMPERLI.....	12	KRAZATI.....	13
		<i>jencycla</i>	115	<i>kurvelo (28)</i>	115
		JENTADUETO	27	KYLEENA.....	116
		JENTADUETO XR.....	27	KYNMOBI	37
		<i>jolessa</i>	115	L	
		<i>juleber</i>	115	<i>labetalol</i>	46
		JULUCA.....	134	<i>lacosamide</i>	122
		<i>junel 1.5/30 (21)</i>	115	<i>lactulose</i>	72
		<i>junel 1/20 (21)</i>	115	<i>lamivudine</i>	134
		<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	115	<i>lamivudine-zidovudine</i>	134
		<i>junel fe 1/20 (28)</i>	115	<i>lamotrigine</i>	122

<i>lanreotide</i>	78	LILETTA.....	116	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	15
<i>lansoprazole</i>	71	<i>linezolid</i>	106	.....	15
LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>linezolid in dextrose 5%</i>	106	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	15
INSULIN.....	30	LINZESS	72	.....	15
LANTUS U-100 INSULIN....	30	<i>liomny</i>	75	LUPRON DEPOT-PED.....	78
<i>lapatinib</i>	13	<i>liothyronine</i>	75	LUPRON DEPOT-PED (3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	116	LISCO.....	160	MONTH).....	78
<i>larin 1/20 (21)</i>	116	<i>lisinopril</i>	54	<i>lurasidone</i>	41
<i>larin 24 fe</i>	116	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>lutera (28)</i>	117
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	116	LITE TOUCH INSULIN PEN		LUTRATE DEPOT (3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	116	NEEDLES	160, 161	MONTH).....	15
<i>latanoprost</i>	93	LITE TOUCH INSULIN		LYBALVI.....	41
LAZCLUZE	13	SYRINGE.....	160, 161	<i>lyleq</i>	117
<i>leflunomide</i>	83	<i>lithium carbonate</i>	60	LYNOZYFIC	15
<i>lenalidomide</i>	14	<i>lithium citrate</i>	60	LYNPARZA	15
LENTOCILIN S.....	110	LIVTENCITY	138	LYSODREN	15
LENVIMA	14	LOKELMA.....	72	LYTGOBI.....	15
<i>lessina</i>	116	<i>lomustine</i>	14	<i>lyza</i>	117
<i>letrozole</i>	14	LONSURF	14	M	
<i>leucovorin calcium</i>	98	<i>loperamide</i>	72	MAGELLAN INSULIN	
LEUKERAN	14	<i>lopinavir-ritonavir</i>	134, 135	SAFETY SYRNG....	161, 162
<i>leuprolide</i>	14	LOQTORZI	14	MAGELLAN SYRINGE....	161
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	14	<i>lorazepam</i>	25, 26	<i>magnesium sulfate</i>	185
<i>levetiracetam</i>	123	<i>lorazepam intensol</i>	25	<i>malathion</i>	70
<i>levobunolol</i>	93	LORBRENA.....	14	<i>maraviroc</i>	135
<i>levocetirizine</i>	131	<i>losartan</i>	49	MARGENZA	15
<i>levofloxacin</i>	111	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ..	49	<i>marlissa (28)</i>	117
<i>levofloxacin in d5w</i>	111	LOTEMAX.....	97	<i>marnatal-f</i>	191
<i>levonest (28)</i>	116	LOTEMAX SM.....	97	MARPLAN.....	128
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>		<i>loteprednol etabonate</i>	97	MATULANE	15
.....	116	<i>lovastatin</i>	52	MAVENCLAD (10 TABLET	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	116	<i>low-ogestrel (28)</i>	116	PACK).....	60
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	116	<i>loxapine succinate</i>	41	MAVENCLAD (4 TABLET	
<i>levora-28</i>	116	<i>lubiprostone</i>	72, 73	PACK).....	60
<i>levothyroxine</i>	75	<i>luizza</i>	117	MAVENCLAD (5 TABLET	
LEXIVA.....	134	LUMAKRAS.....	14	PACK).....	60
LIBERVANT	123	LUMIGAN	93	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>lidocaine</i>	104	LUNSUMIO	15	PACK).....	60
<i>lidocaine hcl</i>	104	LUNSUMIO VELO	15	MAVENCLAD (7 TABLET	
<i>lidocaine viscous</i>	104	LUPRON DEPOT	15, 78	PACK).....	60
<i>lidocaine-prilocaine</i>	104	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		MAVENCLAD (8 TABLET	
<i>lidocan iii</i>	104	.....	15, 78	PACK).....	61

MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	61	<i>methoxsalen</i>	70	<i>modafinil</i>	58
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	162	<i>methsuximide</i>	123	MODEYSO.....	16
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	162	<i>methylphenidate hcl</i>	61	<i>moexipril</i>	55
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	162	<i>methylprednisolone</i>	77	<i>molindone</i>	41
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	162	<i>methylprednisolone acetate</i> ...	77	<i>mometasone</i>	68, 97
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	162	<i>metoclopramide hcl</i>	73	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE.....	163
MAYZENT	61	<i>metolazone</i>	53	MONOJECT INSULIN SYRINGE	163, 164
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	61	<i>metoprolol succinate</i>	46	MONOJECT SYRINGE.....	163
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	61	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	46	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	178
<i>meclizine</i>	34	<i>metoprolol tartrate</i>	46, 47	<i>mono-lynyah</i>	117
<i>medroxyprogesterone</i>	80	<i>metronidazole</i>	70, 105, 106	<i>montelukast</i>	64
<i>mefloquine</i>	35	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	106	<i>morphine</i>	103
<i>megestrol</i>	15, 80	<i>metyrosine</i>	49	MORPHINE.....	103
MEKINIST.....	16	<i>micafungin</i>	130	<i>morphine concentrate</i>	103
MEKTOVI	16	<i>miconazole-3</i>	130	MOUNJARO	28
<i>meleya</i>	117	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	162	MOVANTIK.....	73
<i>meloxicam</i>	101	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE	162	<i>moxifloxacin</i>	94, 111
<i>memantine</i>	26	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	117	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	111
MENACTRA (PF)	89	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	117	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	111
MENQUADFI (PF).....	89	<i>microgestin 24 fe</i>	117	MRESVIA (PF)	89
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	89	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	117	MULTAQ	46
<i>mercaptopurine</i>	16	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	117	<i>mupirocin</i>	70
<i>meropenem</i>	107	<i>midodrine</i>	45	<i>mycophenolate mofetil</i>	83, 84
<i>mesalamine</i>	56	MIEBO (PF)	98	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ...	83
<i>mesna</i>	99	<i>mifepristone</i>	28	<i>mycophenolate sodium</i>	84
<i>metformin</i>	27, 28	<i>mili</i>	117	<i>mynatal</i>	191
<i>methadone</i>	102, 103	<i>mimvey</i>	77	<i>mynatal advance</i>	191
<i>methazolamide</i>	93	MINI ULTRA-THIN II	163	<i>mynatal plus</i>	191
<i>methenamine hippurate</i>	106	<i>minocycline</i>	112	<i>mynatal-z</i>	191
<i>methimazole</i>	75	<i>minoxidil</i>	55	<i>mynate 90 plus</i>	191
<i>methocarbamol</i>	190	MIPLYFFA	139	N	
<i>methotrexate sodium</i>	16	<i>mirabegron</i>	74	<i>nabumetone</i>	101
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	16	MIRENA	117	<i>nafacillin</i>	110
		<i>mirtazapine</i>	128	<i>naloxone</i>	24
		<i>misoprostol</i>	71	<i>naltrexone</i>	24
		<i>mitoxantrone</i>	16	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	164
		M-M-R II (PF).....	89		
		<i>m-natal plus</i>	191		

NANO PEN NEEDLE	164	NORDITROPIN FLEXPEN .	79	NUPLAZID.....	41
<i>naproxen</i>	101	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		NURTEC ODT	33
<i>naratriptan</i>	33	.....	117	<i>nyamyc</i>	131
NATACYN	94	<i>norethindrone (contraceptive)</i>		<i>nylia 1/35 (28)</i>	118
<i>nateglinide</i>	28	.....	117	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	118
NATPARA.....	57	<i>norethindrone acetate</i>	80	<i>nymyo</i>	118
NAYZILAM.....	123	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		<i>nystatin</i>	131
<i>nebivolol</i>	47	.....	117, 118	<i>nystatin-triamcinolone</i>	131
<i>nefazodone</i>	128	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		<i>nystop</i>	131
<i>neomycin</i>	105	.....	118	NYVEPRIA	188
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .	94	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	118	O	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	118	<i>obstetrix dha</i>	191
.....	95	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	118	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ..	191
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortriptyline</i>	128	<i>octreotide acetate</i>	79
<i>dexameth</i>	95	NORVIR.....	135	ODEFSEY.....	135
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		NOVOFINE 30.....	164	ODOMZO.....	17
.....	95	NOVOFINE 32.....	164	OFEV	62
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	95	NOVOFINE PLUS	164	<i>ofloxacin</i>	95
<i>neo-polycin</i>	95	NOVOLIN 70/30 U-100		OGIVRI.....	17
<i>neo-polycin hc</i>	95	INSULIN	30	OGSIVEO	17
NERLYNX.....	16	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		OJEMDA	17
<i>nevirapine</i>	135	100	31	OJJAARA	17
<i>newgen</i>	191	NOVOLIN N FLEXPEN.....	31	<i>olanzapine</i>	41, 42
NEXLETOL	52	NOVOLIN N NPH U-100		<i>olmesartan</i>	49
NEXLIZET.....	52	INSULIN	31	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i>	
NEXPLANON	117	NOVOLIN R FLEXPEN.....	31	.....	50
<i>niacin</i>	52	NOVOLIN R REGULAR U100		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	
NICOTROL NS.....	24	INSULIN	31	.....	50
<i>nifedipine</i>	51	NOVOLOG FLEXPEN U-100		<i>olopatadine</i>	98
NIKTIMVO.....	84	INSULIN	31	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	52
NILOTINIB D-TARTRATE..	16	NOVOLOG MIX 70-30 U-100		<i>omeprazole</i>	71
<i>nilotinib hcl</i>	16	INSULN.....	31	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
<i>nilutamide</i>	16	NOVOLOG MIX 70-		PLUS)	164
NINLARO	16	30FLEXPEN U-100	31	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>nitazoxanide</i>	36	NOVOLOG PENFILL U-100		KT(GEN5)	164
<i>nitisinone</i>	189	INSULIN	31	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .	106	NOVOLOG U-100 INSULIN		(GEN 5).....	164
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		ASPART	31	OMNIPOD 5	
.....	106	NOVOTWIST	164	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	
<i>nitroglycerin</i>	55, 56, 99	NUBEQA.....	17	.....	164
<i>niva-plus</i>	191	NUCALA.....	62	OMNIPOD CLASSIC PDM	
NIVESTYM	188	NULOJIX	84	KIT(GEN 3).....	164

OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	164	<i>paliperidone</i>	42	<i>perio gard</i>	66
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	165	PANRETIN	70	<i>permethrin</i>	71
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	165	<i>pantoprazole</i>	72	<i>perphenazine</i>	42
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	165	<i>paricalcitol</i>	57	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	128
ONAPGO	37	<i>paroxetine hcl</i>	128	PERSERIS	42
<i>ondansetron</i>	34	PAXLOVID.....	138	<i>phenelzine</i>	128
<i>ondansetron hcl</i>	34	<i>pazopanib</i>	18	<i>phenobarbital</i>	123
ONUREG	17	PEDIARIX (PF)	89	<i>phenytek</i>	123
OPDIVO.....	17	PEDVAX HIB (PF).....	89	<i>phenytoin</i>	124
OPDIVO QVANTIG.....	17	<i>peg 3350-electrolytes</i>	74	<i>phenytoin sodium</i>	124
OPDUALAG.....	17	PEGASYS	138	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	124
OPIPZA	42	<i>peg-electrolyte soln</i>	74	PIFELTRO.....	135
OPSUMIT	99	PEMAZYRE.....	18	<i>pilocarpine hcl</i>	66, 67, 93
ORENCIA	84	<i>pemetrexed disodium</i>	18	<i>pimecrolimus</i>	68
ORENCIA (WITH MALTOSE)	84	PEMRYDI RTU	18	<i>pimozide</i>	42
ORENCIA CLICKJECT	84	PEN NEEDLE	165	<i>pimtrea (28)</i>	118
ORFADIN	189	PEN NEEDLE, DIABETIC 146, 156, 157, 162, 165, 167		<i>pioglitazone</i>	28
ORGOVYX.....	79	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	168	<i>pioglitazone-metformin</i>	28
ORLISSA	79	PENBRA YA (PF).....	89	PIP PEN NEEDLE.....	166
ORKAMBI.....	62	PENBRA YA MENACWY COMPONENT(PF)	90	<i>piperacillin-tazobactam</i>	110
<i>orquidea</i>	118	PENBRA YA MENB COMPONENT (PF)	90	PIQRAY	18
ORSERDU	17	<i>penicillamine</i>	104	<i>pirfenidone</i>	62, 63
<i>oseltamivir</i>	138	<i>penicillin g potassium</i>	110	<i>pitavastatin calcium</i>	52
OSENVELT	57	<i>penicillin g procaine</i>	110	PLEGRIDY	61
OTEZLA	84	<i>penicillin v potassium</i>	110	<i>pnv 29-1</i>	191
OTEZLA STARTER.....	84	PENMENVY MEN A-B-C-W- Y (PF)	90	<i>pnv-dha + docusate</i>	191
OTEZLA XR.....	84	PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF)	90	<i>pnv-omega</i>	191
OTEZLA XR INITIATION...84		PENMENVY MENB COMPONENT (PF)	90	<i>podofilox</i>	70
<i>oxandrolone</i>	75	PENTACEL (PF).....	90	<i>polycin</i>	95
<i>oxcarbazepine</i>	123	<i>pentamidine</i>	36	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> 95	
<i>oxybutynin chloride</i>	74, 75	PENTIPS PEN NEEDLE ...	165, 166	<i>pomalidomide</i>	18
<i>oxycodone</i>	103	<i>pentoxifylline</i>	188	POMALYST	18
<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	103	<i>perampanel</i>	123	<i>portia 28</i>	118
OZEMPIC	28	<i>perindopril erbumine</i>	55	<i>posaconazole</i>	131
P				<i>potassium chloride</i>	185
<i>pacerone</i>	46			<i>potassium citrate</i>	185, 186
<i>paclitaxel protein-bound</i>	17			<i>pr natal 400</i>	191
				<i>pr natal 400 ec</i>	191
				<i>pr natal 430</i>	191
				<i>pr natal 430 ec</i>	191
				<i>pramipexole</i>	37
				<i>prasugrel hcl</i>	188

<i>pravastatin</i>	52	<i>probenecid-colchicine</i>	33	RALDESY	128
<i>praziquantel</i>	36	<i>prochlorperazine</i>	34	<i>raloxifene</i>	77
<i>prazosin</i>	45	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	34,	<i>ramipril</i>	55
<i>prednisolone</i>	77	42		<i>ranolazine</i>	49
<i>prednisolone acetate</i>	97	<i>prochlorperazine maleate</i>	34	<i>rasagiline</i>	37
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>procto-med hc</i>	69	RASUVO (PF).....	85
.....	77, 78	<i>proctosol hc</i>	69	RAYALDEE	57
<i>prednisone</i>	78	<i>proctozone-hc</i>	69	<i>reclipsen (28)</i>	118
<i>pregabalin</i>	124	PRODIGY INSULIN		RECOMBIVAX HB (PF).....	91
PREMARIN	77	SYRINGE	167	RELENZA DISKHALER....	138
PREMPHASE	77	<i>progesterone micronized</i>	80	<i>repaglinide</i>	28
PREMPRO	77	PROGRAF.....	84	REPATHA PUSHTRONEX..	52
<i>prenal true</i>	191	PROLASTIN-C	63	REPATHA SURECLICK.....	52
<i>prenaissance</i>	192	<i>promethazine</i>	34, 35	REPATHA SYRINGE.....	53
<i>prenaissance plus</i>	192	<i>promethegan</i>	35	RETACRIT	188, 189
<i>prenatabs fa</i>	192	<i>propafenone</i>	46	RETEVMO	18
<i>prenatal 19</i>	192	<i>propranolol</i>	47	RETROVIR.....	135
<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ..	192	<i>propylthiouracil</i>	75	REVCIVI.....	189
<i>prenatal plus</i>	192	PROQUAD (PF).....	90	REVUFORJ	18, 19
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	191	<i>protriptyline</i>	128	REXULTI	42
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>		PULMOZYME.....	189	REYATAZ.....	135
.....	192	PURE COMFORT ALCOHOL		REZDIFFRA.....	75
<i>prenatal-u</i>	192	PADS.....	167	REZLIDHIA	19
<i>preplus</i>	192	PURE COMFORT PEN		REZUROCK.....	85
<i>pretab</i>	192	NEEDLE.....	167	RHOPRESSA	93
<i>prevalite</i>	52	PURE COMFORT SAFETY		<i>ribavirin</i>	139
PREVENT DROPSAFE PEN		PEN NEEDLE	167	<i>rifabutin</i>	132
NEEDLE	166	<i>pyrazinamide</i>	132	<i>rifampin</i>	132
PREVYMIS.....	138	<i>pyridostigmine bromide</i>	99	<i>rilpivirine</i>	135
PREZCOBIX.....	135	<i>pyrimethamine</i>	36	<i>rilpivirine hcl</i>	135
PREZISTA	135	Q		<i>riluzole</i>	61
PRIFTIN.....	132	QINLOCK	18	RINVOQ	85
PRIMAQUINE.....	36	QUADRACEL (PF)	90	RINVOQ LQ.....	85
<i>primidone</i>	124	<i>quetiapine</i>	42	<i>risperidone</i>	43
PRIORIX (PF).....	90	<i>quinapril</i>	55	<i>risperidone microspheres</i> ..	42, 43
PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>ritonavir</i>	136
PADS.....	166	<i>quinidine sulfate</i>	46	RITUXAN HYCELA	19
PRO COMFORT INSULIN		<i>quinine sulfate</i>	36	<i>rivaroxaban</i>	187
SYRINGE.....	166	QULIPTA	33	<i>rivastigmine</i>	26
PRO COMFORT PEN		R		<i>rivastigmine tartrate</i>	26
NEEDLE	166, 167	RABAVERT (PF).....	91	<i>rizatriptan</i>	33
<i>probenecid</i>	32	<i>rabeprazole</i>	72	<i>r-natal ob</i>	192

ROCKLATAN	93	<i>setlakin</i>	118	<i>sprintec (28)</i>	119
<i>roflumilast</i>	63	<i>sevelamer carbonate</i>	73	SPRITAM	124
ROMVIMZA	19	<i>sevelamer hcl</i>	73	<i>sps (with sorbitol)</i>	73
<i>ropinirole</i>	37	SEZABY	124	<i>sronyx</i>	119
<i>rosadan</i>	70	<i>sf 5000 plus</i>	67	<i>ssd</i>	70
<i>rosuvastatin</i>	53	<i>sharobel</i>	118	<i>stavudine</i>	136
ROTARIX	91	SHINGRIX (PF)	91	STERILE PADS	169
ROTATEQ VACCINE	91	SIGNIFOR	79	STIOLTO RESPIMAT	66
ROZLYTREK	19	<i>sildenafil</i>	99	STIVARGA	20
RUBRACA	19	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	99	STOBOCLO	57
<i>rufinamide</i>	124	<i>silver sulfadiazine</i>	70	STRENSIQ	189
RUKOBIA	136	SIMBRINZA	93	<i>streptomycin</i>	105
RYBELSUS	28	<i>simliya (28)</i>	118	STRIBILD	136
RYBREVANT	19	SIMPLI PEN NEEDLE	157	STRIVERDI RESPIMAT	66
RYBREVANT FASPRO	19	<i>simvastatin</i>	53	<i>subvenite</i>	124
RYDAPT	19	<i>sirolimus</i>	85	SUBVENITE	124
RYKINDO	43	SIRTURO	132	<i>sucralfate</i>	72
RYTELO	19	SKY SAFETY PEN NEEDLE	169	<i>sulfacetamide sodium</i>	95
S		.....		<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	95
<i>sacubitril-valsartan</i>	50	SKYLA	119	<i>sulfadiazine</i>	111
SAFESNAP INSULIN		SKYRIZI	85	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
SYRINGE	168	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	186	.....	111
SAFETY PEN NEEDLE	168	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	186	<i>sulfasalazine</i>	56
SANTYL	70	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	67	<i>sulindac</i>	101
<i>sapropterin</i>	189	<i>sodium oxybate</i>	58	<i>sumatriptan</i>	33
SCSEMBLIX	19	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	73	<i>sumatriptan succinate</i>	33, 34
<i>scopolamine base</i>	35	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>		<i>sunitinib malate</i>	20
SECUADO	43	.....	74	SUNLENCA	136
SECURESAFE INSULIN		<i>solifenacin</i>	75	SURE COMFORT ALCOHOL	
SYRINGE	168	SOLQUA 100/33	31	PREP PADS	169
SECURESAFE PEN NEEDLE		SOLTAMOX	19	SURE COMFORT INS. SYR.	
.....	168	SOMATULINE DEPOT	79	U-100	169
SELARSDI	85	SOMAVERT	79	SURE COMFORT INSULIN	
<i>select-ob</i>	192	<i>sorafenib</i>	20	SYRINGE	169, 170
<i>select-ob (folic acid)</i>	192	<i>sorine</i>	47	SURE COMFORT PEN	
<i>selegiline hcl</i>	37	<i>sotalol</i>	47	NEEDLE	169, 170
<i>selenium sulfide</i>	70	<i>sotalol af</i>	47	SURE COMFORT SAFETY	
SELZENTRY	136	SPIRIVA RESPIMAT	66	PEN NEEDLE	169
<i>se-natal 19 chewable</i>	192	<i>spironolactone</i>	53	SURE-FINE PEN NEEDLES	
SEREVENT DISKUS	65	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>		.....	170
SEROSTIM	79	.....	54	SURE-JECT INSULIN	
<i>sertraline</i>	128	SPRAVATO	128	SYRINGE	170

SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	170	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	50	TOBI PODHALER.....	105
SYMPAZAN.....	124	<i>temazepam</i>	26	<i>tobramycin</i>	96
SYMTUZA.....	136	TEMIXYS	136	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ..	105
SYNJARDY	28	TENIVAC (PF).....	91	<i>tobramycin sulfate</i>	105
SYNJARDY XR	28	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	136	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ...	96
SYNRIBO	20	TEPMETKO	20	<i>tolterodine</i>	75
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	168	<i>terazosin</i>	74	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	54
T		<i>terbinafine hcl</i>	131	TOPCARE CLICKFINE	172, 173
TABLOID	20	<i>terconazole</i>	105	TOPCARE ULTRA	
TABRECTA.....	20	<i>teriparatide</i>	57	COMFORT	173
<i>tacrolimus</i>	69, 85	TERUMO INSULIN SYRINGE	172	<i>topiramate</i>	125
<i>tadalafil</i>	99	<i>testosterone</i>	76	<i>toposar</i>	21
TAFINLAR	20	<i>testosterone cypionate</i>	75	<i>toremifene</i>	21
TAGRISSO	20	<i>testosterone enanthate</i>	76	<i>torpenz</i>	21
TALVEY	20	<i>tetrabenazine</i>	61	<i>torse mide</i>	54
TALZENNA.....	20	<i>tetracycline</i>	112	TOUJEO MAX U-300	
<i>tamoxifen</i>	20	TEVIMBRA	20	SOLOSTAR.....	31
<i>tamsulosin</i>	74	THALOMID	99	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
<i>tarina 24 fe</i>	119	<i>theophylline</i>	66	INSULIN.....	32
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	119	THINPRO INSULIN SYRINGE	172	TRADJENTA	28
<i>taron-c dha</i>	192	<i>thioridazine</i>	43	<i>tramadol</i>	103
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	192	<i>thiothixene</i>	43	<i>tramadol-acetaminophen</i>	103
TAVNEOS	85	<i>tiadylt er</i>	48	<i>trandolapril</i>	55
<i>tazarotene</i>	71	<i>tiagabine</i>	124	<i>tranexamic acid</i>	186
<i>tazicef</i>	108	TIBSOVO.....	20	<i>tranylcypromine</i>	128
<i>taztia xt</i>	48	<i>ticagrelor</i>	188	<i>travoprost</i>	94
TAZVERIK.....	20	TICE BCG	20	<i>trazodone</i>	129
TDVAX.....	91	TICOVAC	91	TRECTOR	132
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	171	<i>tigecycline</i>	112	TRELEGY ELLIPTA	66
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) ..	170, 171	<i>tilia fe</i>	119	TRELSTAR	21
TECHLITE PEN NEEDLE. 171, 172		<i>timolol</i>	94	TREMFYA	86
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE	172	<i>timolol maleate</i>	47, 94	TREMFYA ONE-PRESS	86
TECVAYLI.....	20	<i>tinidazole</i>	36	TREMFYA PEN.....	86
TEFLARO.....	108	<i>tiotropium bromide</i>	66	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....	86
<i>telmisartan</i>	50	TIVDAK.....	20	<i>tretinoin</i>	71
		TIVICAY.....	136	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	21
		TIVICAY PD.....	136	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	67, 69, 78
		<i>tizanidine</i>	190	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	54

<i>tridacaine ii</i>	104	TRUEPLUS INSULIN	175	ULTRA FLO INSULIN	
<i>trientine</i>	104	TRUEPLUS PEN NEEDLE	174,	SYR(HALF UNIT)	178
<i>tri-estarylla</i>	119	175		ULTRA FLO INSULIN	
<i>trifluoperazine</i>	43	TRULANCE	73	SYRINGE	179
<i>trifluridine</i>	96	TRULICITY	29	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>trihexyphenidyl</i>	37	TRUMENBA	91	.....	179
TRIJARDY XR	29	TRUQAP	21	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
TRIKAFTA	63	TRUXIMA	21	.....	179
<i>tri-legest fe</i>	119	TUKYSA	21	ULTRACARE INSULIN	
<i>tri-linyah</i>	119	TURALIO	21	SYRINGE	179, 180
<i>tri-lo-estarylla</i>	119	<i>turqoz (28)</i>	120	ULTRACARE PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-marzia</i>	119	TWINRIX (PF)	92	.....	180
<i>tri-lo-mili</i>	119	TYBOST	99	ULTRA-FINE INS SYR (HALF	
<i>tri-lo-sprintec</i>	119	TYENNE	86	UNIT)	180
<i>trimethoprim</i>	106	TYENNE AUTOINJECTOR	86	ULTRA-FINE INSULIN	
<i>tri-mili</i>	119	TYMLOS	57	SYRINGE	180, 181
<i>trimipramine</i>	129	TYPHIM VI	92	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	
TRINTELLIX	129	U		.....	180
<i>tri-nymyo</i>	119	UBRELVY	34	ULTRA-THIN II (SHORT) INS	
<i>tri-sprintec (28)</i>	119	UDENYCA ONBODY	189	SYR	181
TRIUMEQ	136	ULTICARE	176, 177	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIUMEQ PD	136	ULTICARE INSULIN		PEN NDL	181
<i>trivora (28)</i>	119	SYRINGE	176	ULTRA-THIN II INS PEN	
<i>tri-vylibra</i>	120	ULTICARE INSULN		NEEDLES	181
<i>tri-vylibra lo</i>	119	SYR(HALF UNIT)	175	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRIZIVIR	136	ULTICARE PEN NEEDLE	176	SYRINGE	181
TROGARZO	137	ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE OTC PEN NEEDLE	
<i>trosipium</i>	75	NEEDLE	176	.....	181
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTIGUARD SAFEPACK-		UNIFINE PEN NEEDLE ...	181
PADS	173	INSULIN SYR	177	UNIFINE PENTIPS	165, 181,
TRUE COMFORT INSULIN		ULTIGUARD SAFEPACK-		182	
SYRINGE	173	PEN NEEDLE	177	UNIFINE PENTIPS	
TRUE COMFORT PEN		ULTILET ALCOHOL SWAB		MAXFLOW	182
NEEDLE	173, 174	.....	178	UNIFINE PENTIPS PLUS ..	182
TRUE COMFORT PRO		ULTILET INSULIN SYRINGE		UNIFINE PENTIPS PLUS	
ALCOHOL PADS	174	.....	159, 178	MAXFLOW	182
TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET PEN NEEDLE	178	UNIFINE PROTECT	182
SYRINGE	173, 174	ULTRA CMFT INS SYR		UNIFINE SAFECONTROL	
TRUE COMFORT SAFE		(HALF UNIT)	157, 169	PEN NEEDLE	182, 183
INSULIN SYRG	173, 174	ULTRA COMFORT INSULIN		UNIFINE ULTRA PEN	
TRUE COMFORT SAFETY		SYRINGE	151, 157, 178	NEEDLE	183
PEN NEEDLE	173			UPTRAVI	100

<i>ursodiol</i>	73	VERSACLOZ.....	44	VYNDAMAX.....	49
<i>ustekinumab-aauz</i>	86	VERSALON.....	184	VYZULTA.....	94
UZEDY	43, 44	VERZENIO	21	W	
V		V-GO 20	184	<i>warfarin</i>	187
<i>valacyclovir</i>	139	V-GO 30	184	WEBCOL.....	184
VALCHLOR.....	70	V-GO 40	184	WELIREG.....	22
<i>valganciclovir</i>	139	<i>vienva</i>	120	WINREVAIR.....	63
<i>valproate sodium</i>	125	<i>vigabatrin</i>	125	<i>wixela inhub</i>	64
<i>valproic acid</i>	125	<i>vigadrone</i>	125	X	
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	125	<i>vigpoder</i>	125	XALKORI.....	22
<i>valsartan</i>	50	<i>vilazodone</i>	129	<i>xarah fe</i>	120
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	50	VIMKUNYA.....	92	XARELTO.....	187
VALTOCO.....	125	<i>vinorelbine</i>	21	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	187
<i>valtya</i>	120	<i>viorele (28)</i>	120	XATMEP	22
<i>vancomycin</i>	106	VIRACEPT.....	137	XCOPRI.....	125
VANFLYTA	21	VIREAD	137	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	125
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	183	<i>virt-c dha</i>	192	XCOPRI TITRATION PACK	126
VANISHPOINT SYRINGE.....	183	<i>virt-nate dha</i>	192	XDEMVY	96
VAQTA (PF).....	92	<i>virt-pn dha</i>	192	XELJANZ.....	86
<i>varenicline tartrate</i>	24, 25	<i>virt-pn plus</i>	192	XELJANZ XR	86
VARIVAX (PF)	92	<i>vitafol gummies</i>	192	XERMELO	73
VAXCHORA VACCINE	92	<i>vitafol nano</i>	193	XIFAXAN.....	106
VELTASSA	73	<i>vitafol-ob+dha</i>	193	XIGDUO XR	29
VEMLIDY	137	VITRAKVI.....	22	XIIDRA.....	97
VENCLEXTA.....	21	VIVIMUSTA.....	22	XOLAIR	63
VENCLEXTA STARTING PACK	21	VIVOTIF	92	XOSPATA	22
<i>venlafaxine</i>	129	VIZIMPRO.....	22	XPOVIO	22, 23
VEOZAH	99	VOCABRIA	137	XTANDI	23
<i>verapamil</i>	48	<i>volnea (28)</i>	120	<i>xulane</i>	120
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	183, 184	VONJO	22	XULTOPHY 100/3.6.....	32
VERIFINE PEN NEEDLE..	183, 184	VOQUEZNA.....	72	Y	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	184	VORANIGO	22	YERVOY	23
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP	184	<i>voriconazole</i>	131	YESINTEK.....	86, 87
VERQUVO	49	VOSEVI.....	137	YF-VAX (PF)	92
		VOWST.....	99	YONSA.....	23
		<i>vp-ch-pnv</i>	193	YUFLYMA(CF)	87
		<i>vp-pnv-dha</i>	193	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS.....	87
		VRAYLAR.....	44		
		VUMERITY	61		
		VYALEV.....	37		
		<i>vylibra</i>	120		
		VYLOY	22		

YUFLYMA(CF)		
AUTOINJECTOR	87	
<i>yuvafem</i>	77	
Z		
<i>zafemy</i>	120	
<i>zafirlukast</i>	64	
<i>zaleplon</i>	58	
<i>zatean-pn dha</i>	193	
<i>zatean-pn plus</i>	193	
ZEJULA	23	
ZELBORAF	23	
<i>zenatane</i>	70	
ZENPEP.....	190	
<i>zidovudine</i>	137	
ZIIHERA	23	
<i>zingiber</i>	193	
<i>ziprasidone hcl</i>	44	
<i>ziprasidone mesylate</i>	44	
ZIRABEV	23	
ZIRGAN	96	
ZOLADEX	23	
ZOLINZA.....	23	
<i>zolpidem</i>	58	
ZONISADE	126	
<i>zonisamide</i>	126	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	120	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	120	
ZTALMY	126	
ZTLIDO	104	
ZURZUVAE.....	129	
ZYDELIG	23	
ZYKADIA	23	
ZYLET.....	96	
ZYNLONTA.....	23	
ZYNYZ.....	24	
ZYPREXA RELPREVV	44	



Este formulario se actualizó el 04/01/2026. 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