

En el marco de la ley de reforma de salud, Affordable Care Act (ACA), los planes de beneficios farmacéuticos deben cubrir totalmente ciertos medicamentos de atención preventiva sin cobrar copago, coseguro o deducible. Estos productos incluyen:

- Medicamentos de las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF)
- Anticonceptivos con receta y de venta libre aprobados por la FDA para las mujeres
- Vacunas disponibles a través de farmacias

A continuación, se indican los medicamentos elegibles de acuerdo con las directrices del USPSTF, la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Estos medicamentos preventivos están cubiertos como parte de la ACA y están disponibles sin costo para los afiliados con una receta vigente.

Puede que su plan de farmacia particular no cubra ciertos medicamentos o que tengan requisitos o restricciones adicionales, independientemente de su aparición en este documento. Se considera que la información es exacta a la fecha de publicación; sin embargo, está sujeta a cambios.

ASPIRINA

RECOMENDACIÓN

- Sin autorización previa
- Sin límite de cantidad
- Sin límite de edad
- Solo genéricos
- De venta libre (requiere receta)

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Ingrediente único:
Todas las formas farmacéuticas orales de 81 mg
Incluye formas de dosificación como:

- Tableta masticable de aspirina 81 mg
- Tableta con cubierta entérica de aspirina 81 mg

FLUORIDOS ORALES

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Sin autorización previa
- Sin límite de cantidad
- Genéricos y marcas de origen único
- Solo productos de venta con receta

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Ingrediente único:
Las formas farmacéuticas orales de ≤ 0.5 mg

- Tableta masticable de fluoruro de sodio 0.25 mg - 0.5 mg
- Fluoruro de sodio soln 0.125 mg/drop y 0.25 mg/drop
- Fluoruro de sodio soln 0.25 mg/0.6 mL
- Fluoruro de sodio soln 0.5 mg/mL
- Tableta de fluoruro de sodio 0.5 mg

MEDICAMENTOS PARA LA PREPARACIÓN DEL INTESTINO

RECOMENDACIÓN

- Límite de edad de 45 a 75 años (hombres y mujeres)
- Sin autorización previa ni límite de cantidad
- Solo productos de venta con receta
- Genéricos y marcas de origen único
- Marcas hasta que estén disponibles los genéricos
- Los genéricos están en letras itálicas. Las marcas en MAYÚSCULAS

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- *polietilenoglicol-3350, sulfato de sodio, cloruro de sodio, cloruro de potasio, ascorbato de sodio, y ácido ascórbico*
- *sulfato de sodio, sulfato de potasio, y sulfato de magnesio*
- CLENPIQ
- PLENVU
- SUTAB
- PEG-PREP KIT

PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN

RECOMENDACIÓN

- Uso preventivo solamente – **si no se encuentra ninguna otra medicación para el VIH en el historial del paciente**
- Cantidad límite (1 comprimido/día)
- Solo productos de venta con receta
- Solo genéricos

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato 200 mg-300 mg

ÁCIDO FÓLICO

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Sin autorización previa
- Sin límite de cantidad
- Solo genéricos
- De venta libre (requiere receta)

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Ingrediente único

- Tableta de ácido fólico 0.4 mg y 0.8 mg
- Cápsula de ácido fólico 0.8 mg

ABANDONO DEL TABACO

RECOMENDACIÓN

- No hay autorización previa para los productos para dejar de fumar
- Límite de suministro de 168 días de cada producto en un año de tratamiento
- La cobertura incluye productos genéricos de sustitución de la nicotina (parches, chicles y pastillas de nicotina), la marca Nicotrol (sistema de inhalación), la marca Nicotrol NS (spray nasal) y el genérico Zyban
- Genéricos y marcas de origen único
- Marcas hasta que estén disponibles los genéricos
- Receta o de venta libre (requiere receta)

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Tableta de clorhidrato de bupropión SR 12hr 150 mg
- TD parche de nicotina 24 hr 21 mg, 14 mg, 7 mg
- Polacrilex chicle de nicotina 2 mg y 4 mg
- Polacrilex pastillas de nicotina 2 mg y 4 mg
- Sistema de inhalación de nicotina 10 mg (4 mg entregados)
 - La marca Nicotrol
- Spray nasal de nicotina 10 mg/mL (0.5 mg/spray)
 - La marca Nicotrol NS
- Tableta de tartrato de vareniclina 0.5 mg (equivalente a base) y 1 mg (equivalente a base)
- Tableta de tartrato de vareniclina 0.5 mg x 11 tabletas y 1 mg x 42 paquete

PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE MAMA

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Sin autorización previa
- Solo genéricos
- Receta

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Tableta de anastrozol 1 mg
- Tableta de exemestano 25 mg
- Tableta de clorhidrato de raloxifeno 60 mg
- de citrato de tamoxifeno 10 mg (equivalente a base) y 20 mg (equivalente a base)

INMUNIZACIONES

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Sin autorización previa

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían:

- Covid-19
- Dengue
- Difteria, tétanos y tos ferina
- Haemophilus influenzae tipo B
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Herpes zóster
- Virus del papiloma humano
- Poliovirus inactivado
- Gripe
- Sarampión, paperas y rubeola
- Meningococo
- Neumococo
- Rotavirus
- Varicela

ESTATINAS

RECOMENDACIÓN

- Límite de edad de 40 a 75 años (hombres y mujeres)
- Sin autorización previa
- Sin límite de cantidad
- Solo genéricos
- Solo estatinas de intensidad baja o moderada
- Solo productos de venta con receta

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Estatinas genéricas de intensidad baja a moderada – incluye las siguientes concentraciones:

- Atorvastatina 10 mg, 20 mg
- Fluvastatina 20 mg, 40 mg
- Fluvastatina ER 80 mg
- Lovastatina 10 mg, 20 mg, 40 mg
- Pravastatina 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg
- Rosuvastatina 5 mg, 10 mg
- Simvastatina 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg

PREVENCIÓN DE LA DIABETES

RECOMENDACIÓN

- Uso preventivo solamente - El afiliado no tiene ninguna solicitud de un agente antidiabético en su historial (que no sea Metformina 850 mg) en los últimos 180 días
- Sin autorización previa
- Sin límite de cantidad
- Solo genéricos
- Solo productos de venta con receta

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Metformina 850 mg

ANTICONCEPTIVOS - MÉTODOS DE BARRERA

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de cantidad
- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Diafragmas
 - **MILEX WIDE-SEAL**
 - **OMNIFLEX COIL SPRING SILICONE**
 - **CAYA**
- Capuchones cervicales
 - **FEMCAP**

ANTICONCEPTIVOS - DE VENTA LIBRE

RECOMENDACIÓN

- De venta libre (requiere receta)
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Condones
 - **FC-2**
 - **CONDONES MASCULINOS**
- Esponja vaginal
 - **TODAY (Nonoxynol-9)**
- Espermicidas
 - Nonoxinol-9 Gel 4% (Conceptrol Gel 4%, VCF Gel anticonceptivo vaginal)
 - **ENCARE VAGINAL SUPPOSITORIES**
 - **GYNOL II GEL 3%**
 - **SHUR-SEAL GEL 2%**
 - **VCF VAGINAL FILM 28%**
 - **VCF VAGINAL FOAM 12.5%**

ANTICONCEPTIVOS - PARCHES TRANSDÉRMICO

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- Etinilestradiol 35 mcg/Norelgestromina 150 mcg
(*Xulane, Zafemy*)
- **TWIRLA** (Etinilestradiol 30 mcg/Levonorgestrel 120 mcg)

ANTICONCEPTIVOS - INYECTABLES

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de cantidad
- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas hasta que estén disponibles los genéricos
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- **DEPO-SUBQ-PROVERA 104** (Acetato de medroxiprogesterona 104 mg SQ x q3 meses)
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM x q3 meses (*Depo-Provera*)

ANTICONCEPTIVOS - DE EMERGENCIA

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura
- De venta libre (requiere receta)

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- **ELLA** (30 mg tableta de ulipristal) (modulador del receptor de progesterona)
- 1.5 mg tableta de levonorgestrel (*AfterPill, Aftera, Plan B, Curae, Econtra OS, Her Style, My Choice, My Way, New Day, Opcon, Option 2, Take Action, React*)

ANTICONCEPTIVOS - VARIOS (DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS, VARILLAS SUBDÉRMICAS Y ANILLOS VAGINALES)

RECOMENDACIÓN

- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura
- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- **NEXPLANON** Implante subdérmico (Etonogestrel 68 mg – La tasa de liberación varía con el tiempo)
- **ANNOVERA** Sistema Vaginal (Etinilestradiol 17.4 mg/Acetato de segesterona 103 mg)
- Etinilestradiol 15 mcg/Etonogestrel 120 mcg anillo vaginal (*EluRyng, Haloette, NuvaRing*)
- **MIRENA** IUD (Levonorgestrel 20 mcg/día)
- **PARAGARD T 380A** IUD (Cobre 309 mg/día)
- **SKYLA** IUD (Levonorgestrel 13.5 mcg/día)
- **LILETTA** IUD (Levonorgestrel 18.6 mcg/día)
- **KYLEENA** IUD (Levonorgestrel 19.5 mcg/día)

ANTICONCEPTIVOS - ORALES

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en *letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia*
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura
- Marcas hasta que estén disponibles los genéricos

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

EE = Etinilestradiol

ANTICONCEPTIVOS MONOFÁSICOS DE DOSIS ALTA

- EE 50 mcg/diacetato de etinodiol 1 mg (*Ethynodiol 1/50, Kelnor 1/50*)

ANTICONCEPTIVOS MONOFÁSICOS DE DOSIS BAJA

- EE 20 mcg/Drospirenona 3 mg (*Jasmiel, Lo-Zumandimine, Loryna, Nikki, Vestura, Yaz*)
- EE 20 mcg/Drospirenona 3 mg + Calcium 0.451 mg (*Beyaz*)
- EE 20 mcg/Levonorgestrel 0.1 mg (*Afirmelle, Aubra, Aubra EQ, Aviane-28, Delyla, Falmina, Lessina, Luter, Sronyx, Vienva*)
- **TYBLUME** (EE 20 mcg/Levonorgestrel 0.1 mg)
- **BALCOLTRA** (EE 20 mcg/Levonorgestrel 0.1 mg/FE)
- EE 20 mcg/Norethindrone 1 mg and/FE (*Aurovela 1/20, Aurovela 24 FE, Aurovela FE 1/20, Blisovi 24 FE, Blisovi FE 1/20, Finzala FE, Hailey 24 FE, Hailey FE 1/20, Junel 1/20, Junel 24 FE, Junel FE 1/20, Larin 1/20, Larin 24 FE, Larin FE 1/20, Loestrin 1/20-21, Loestrin FE 1/20, Microgestin 1/20, Microgestin 24 FE, Microgestin FE 1/20, Tarina FE 1/20, Tarina 24 FE, Tarina FE 1/20 EQ*)
- EE 20 mcg/Noretindrona 1 mg/FE (*Charlotte 24 FE, Minastrin 24 FE*)
- EE 20 mcg Noretindrona 1 mg/FE (*Gemmily, Merzee, Taysofy, Tayulla*)
- EE 25 mcg/Noretindrona 0.8 mg/FE (*Generess FE, Kaitlib FE, Layolis FE*)
- EE 30 mcg/Levonorgestrel 0.15 mcg (*Altavera, Ayuna, Chateal, Chateal EQ, Kurvelo, Levora, Marlissa, Portia-28*)
- EE 30 mcg/Norgestrel 0.03 mg (*Cryselle-28, Elinest, Low-Ogestrel*)
- EE 30 mcg/Acetato de noretindrona 1.5 mg and/FE (*Aurovela 1.5/30, Aurovela FE 1.5/30, Blisovi FE 1.5/30, Hailey 1.5/30, Junel 1.5/30, Junel FE 1.5/30, Larin 1.5/30, Loestrin 1.5/30 -21, Loestrin FE 1.5/30, Microgestin 1.5/30, Microgestin FE 1.5/30*)
- EE 30 mcg/Desogestrel 0.15 mg (*Apri, Cyred, Cyred EQ, Enskyce, Isibloom, Juleber, Kalliga, Reclipsen*)
- EE 30 mcg/Drospirenona 3 mg (*Ocella, Syeda, Yasmin, Zumandimine*)
- EE 35 mcg/diacetato de etinodiol 1 mg (*Kelnor 1/35, Zovia 1/35E*)
- EE 35 mcg/Norgestimato 0.25 mg (*Estarylla, Mili, Mono-linyah, Nymyo, Sprintec, Vylibra*)
- EE 35 mcg/Noretindrona 0.4 mg and/FE (*Balziva-28, Briellyn, Philith, Vyfemla, Wymzya FE*)
- EE 35 mcg/Noretindrona 0.5 mg (*Necon 0.5/35, Nortrel 0.5/35, Wera*)
- EE 35 mcg/Noretindrona 1 mg (*Alyacen 1/35, Dasetta 1/35, Nortrel 1/35, Nylia 1/35, Pirmella 1/35*)
- EE 30 mcg/Drospirenona 3 mg + Calcium 0.451 mg (*Safyral, Tydemy*)
- **NEXTSTELLIS** (Estetrol 14.2 mg/Drospirenone 3 mg)

ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOS

- EE 20 mcg/Desogestrel 0.15 mg (*Azurette, Kariva, Mircette, Pimtree, Simliya, Viorele, Volnea*)

ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS

- EE 20 mcg, 30 mcg, 35 mcg/Noretindrona 1 mg (*Eurostep FE, Tilia Fe, Tri-Legest FE*)
- EE 25 mcg/Desogestrel 0.1 mg, 0.125, 0.15 mg (*Velivet*)
- EE 25 mcg/Norgestimato 0.18 mg, 0.215 mg, 0.25 mg (*Tri-Lo Estarylla, Tri-Lo Marzia, Tri-Lo-Mili, Tri-Lo-Sprintec, Tri-Vylibra Lo*)
- EE 30 mcg, 40 mcg, 30 mcg/Levonorgestrel 0.05 mg, 0.075 mg, 0.125 mg (*Enpresse, Levonest, Trivora*)
- EE 35 mcg/Noretindrona 0.5 mg, 1 mg (*Aranella, Leena*)
- EE 35 mcg/Noretindrona 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (*Alyacen 7/7/7, Dasetta 7/7/7, Nortrel 7/7/7, Nylia 7/7/7, Pirmella 7/7/7*)
- EE 35 mcg/Norgestimato 0.18 mg, 0.215 mg, 0.25 mg (*Tri-Estarylla, Tri-Linyah, Tri-Mili, TriNessa, Tri-Nymyo, Tri-Sprintec, Tri-Vylibra*)

ANTICONCEPTIVOS CUATRIFÁSICOS

- **NATAZIA** (Valerato de estradiol/Dienogest)

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA "MINIPÍLDORAS"

- **SLYND** (Drospirenona 4 mg)
- Noretindrona 0.35 mg (*Camila, Deblitane, Errin, Heather, Incassia, Jencycla, Lyleq, Lyza, Nora-BE, Norlyroc, Ortho Micronor, Sharobel*)

ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO

- **LO LOESTRIN FE** (EE 10 mcg/Noretindrona 1 mg)
- EE 10, 20, 25, 30 mcg/Levonorgestrel 0.15 mg (*Fayosim, Quartette, Rivelisa*)
- EE 20, 10 mcg/Levonorgestrel 0.1 mg (*Camrese Lo, LoJaimiess, LoSeasonique*)
- EE 30 mcg/Levonorgestrel 0.15 mg (*Iclevia, Introvale, Jolessa, Setlakin*)
- EE 30, 10 mcg/Levonorgestrel 0.15 mg (*Amethia, Ashlyna, Camrese, Daysee, Jaimiess, Seasonique, Simpesse*)

ANTICONCEPTIVOS DE CICLO CONTINUO

- EE 20 mcg/Levonorgestrel 90 mcg (*Amethyst, Dolishale*)

MODULADORES DEL PH VAGINAL

RECOMENDACIÓN

- Sin límite de edad
- Solo productos de venta con receta
- Marcas genéricas y de origen único
Las marcas en letras itálicas y entre paréntesis son solo de referencia
- Las marcas en **(NEGRITA/VERDE)** no tienen genérico disponible y se recomienda su cobertura

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

- **PHEXXI** (ácido láctico 1.8%, ácido cítrico 1% y bitartrato de potasio 0.4% gel vaginal)