



REVISADO EN ABRIL DE 2024

# Lista de medicamentos de atención preventiva de MVP Health Care

Su salud es muy importante para nosotros. Y usted también lo es.

Los medicamentos preventivos son medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy & Therapeutics, P&T), ha determinado que pueden prevenir la aparición de una enfermedad o afección. Algunos planes de MVP cubren medicamentos de atención preventiva como parte de su beneficio farmacéutico. Esto significa que, para los medicamentos incluidos en esta lista, no tiene que pagar primero su deducible. En su lugar, pagará el costo compartido determinado por su plan de MVP y el estado de nivel del Formulario\* (es decir, Nivel 1, Nivel 2, etc.). Consulte su Certificado de Cobertura (COC) para encontrar los beneficios, limitaciones y exclusiones de su farmacia. Para acceder a su COC, inicie sesión en Gia® en **my.mvphealthcare.com**, luego seleccione *My Plan (Mi plan)*, luego *My Benefits (Mis beneficios)* y, luego, *Member Guide (Guía para afiliados)*. Si tiene un plan autofinanciado a través de su empleador, también denominado plan de Servicios Administrativos Solamente (Administrative Services Only, ASO), llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de afiliado de MVP.

## Cómo utilizar la Lista de Medicamentos de Atención Preventiva

Puede saltar a una categoría de medicamento específica en esta lista seleccionando la categoría en el Índice. También puede utilizar la herramienta Buscar haciendo clic en la lupa de la esquina superior derecha y escribiendo el nombre del medicamento u otra palabra clave adecuada.

Si necesita comprobar el costo de un medicamento, inicie sesión en Gia en **my.mvphealthcare.com** y seleccione *My Plan (Mi plan)* y, a continuación, *Manage Prescriptions (Gestionar recetas)*. Esto le llevará a la página de inicio de CVS Caremark®, donde seleccionará *Plan & Benefits (Plan y beneficios)* y, a continuación, *Check Drug Cost & Coverage (Comprobar costo y cobertura del medicamento)*.

Al revisar la lista de medicamentos de atención preventiva, tenga en cuenta que:

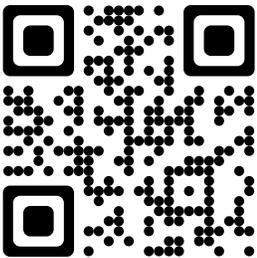
- Esta lista no se aplica a medicamentos excluidos, por ejemplo, medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Los medicamentos incluidos en esta lista seguirán las reglas del Formulario, lo que significa que es posible que se requiera información adicional, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad, antes de aprobar el medicamento (esta información adicional no está incluida en la lista de medicamentos de atención preventiva; consulte el Formulario de MVP o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de afiliado de MVP)

\*Lista de medicamentos cubiertos.

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.

- Algunos medicamentos de esta lista no están incluidos en el Formulario, lo que significa que no están incluidos en el Formulario y pueden requerir información adicional, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad, antes de ser aprobados. Consulte el Formulario de MVP o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de afiliado de MVP
- Para los medicamentos de marca que tienen una opción genérica, usted puede ser responsable de un costo compartido adicional si hay una diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el de marca
- Es posible que su plan no cubra los medicamentos de marca cuando hay un genérico disponible
- Para los equipos y suministros para la diabetes incluidos en la Lista de medicamentos de atención preventiva, no tiene que pagar primero su deducible. Sin embargo, es posible que tenga que pagar el costo compartido determinado por su plan de MVP. Su costo compartido de los equipos y suministros para la diabetes puede ser diferente de su costo compartido de los medicamentos. Consulte a su COC para encontrar sus beneficios, limitaciones y exclusiones de farmacia o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de afiliado de MVP
- Esta lista se actualiza periódicamente y no es una lista completa de medicamentos
- La lista es revisada por el Comité de P&T de MVP y está sujeta a cambios

Estamos aquí para ayudarle a navegar por su camino hacia la salud. Si tiene preguntas, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de afiliado de MVP.



Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos, consulte su formulario en [mvphealthcare.com/prescriptions](https://mvphealthcare.com/prescriptions) o escanee el código QR con su teléfono inteligente o tableta.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Anticoagulantes/antiplaquetarios .....   | 4  |
| Anticonvulsivantes .....                 | 4  |
| Salud del Comportamiento .....           | 4  |
| Afecciones cardiovasculares: otras ..... | 6  |
| Arteriopatía coronaria .....             | 6  |
| Diabetes .....                           | 7  |
| Hipertensión .....                       | 8  |
| Osteoporosis .....                       | 11 |
| Servicios de cuidado preventivo .....    | 11 |
| Trastornos respiratorios .....           | 11 |

## Anticoagulantes/antiplaquetarios

### ANTICOAGULANTES

*warfarin*  
*Jantoven*  
 ELIQUIS  
 XARELTO

### INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA

*anagrelide*  
*cilostazol*  
*clopidogrel*  
*dipyridamole*  
*dipyridamole ext-rel/aspirin*  
*prasugrel*  
 AGRYLIN  
 BRILINTA  
 EFFIENT  
 PLAVIX  
 PLETAL  
 YOSPRALA  
 ZONTIVITY

## Anticonvulsivantes

*carbamazepine*  
*carbamazepine ext-rel*  
*divalproex sodium delayed-rel*  
*divalproex sodium ext-rel*  
*felbamate*  
*lamotrigine*  
*lamotrigine ext-rel*  
*phenobarbital*  
*topiramate*  
*topiramate ext-rel*  
*valproic acid*  
 Epitol  
 CARBATROL  
 DEPAKOTE

DEPAKOTE ER  
 DEPAKENE SOLN  
 DIACOMIT  
 EPRONTIA  
 FINTEPLA  
 LAMICTAL  
 LAMICTAL XR  
 QUDEXY XR  
 SUBVENITE  
 TEGRETOL  
 TEGRETOL-XR  
 TOPAMAX  
 TROKENDI XR

## Salud del Comportamiento

### ANTIDEPRESIVOS

*amitriptyline*  
*amoxapine*  
*bupropion*  
*bupropion ext-rel*

*citalopram*  
*desipramine*  
*desvenlafaxine ext-rel*  
*doxepin*  
*duloxetine delayed-rel*

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

*Salud del comportamiento continuación.*

*escitalopram*  
*fluoxetine*  
*fluoxetine delayed-rel*  
*imipramine HCl*  
*imipramine pamoate*  
*mirtazapine*  
*Nefazodone*  
*nortriptyline*  
*olanzapine/fluoxetine*  
*paroxetine HCl*  
*paroxetine HCl ext-rel*  
*phenelzine*  
*protriptyline*  
*sertraline*  
*tranylcypromine*  
*trazodone*  
*trimipramine*  
*venlafaxine*  
*venlafaxine ext-rel*  
*vilazodone*  
 ANAFRANIL  
 CELEXA  
 CYMBALTA  
 DESVENLAFAXINE ER  
 EFFEXOR XR  
 EMSAM  
 FETZIMA  
 FLUOXETINE 60 mg  
 FORFIVO XL  
 LEXAPRO  
 NARDIL  
 NORPRAMIN  
 PAMELOR  
 PARNATE  
 PAXIL  
 PAXIL CR  
 PEXEVA  
 PRISTIQ  
 PROZAC

REMERON  
 SERTRALINE  
 SYMBYAX  
 TRINTELLIX  
 WELLBUTRIN SR  
 ZOLOFT

**ANTIPSICÓTICOS**

*aripiprazole*  
*asenapine*  
*chlorpromazine*  
*clozapine*  
*fluphenazine*  
*haloperidol*  
*haloperidol lactate*  
*lithium carbonate*  
*loxapine*  
*lurasidone*  
*olanzapine*  
*olanzapine orally disintegrating tabs*  
*paliperidone*  
*perphenazine*  
*quetiapine*  
*quetiapine ext-rel*  
*risperidone*  
*thioridazine*  
*thiothixene*  
*trifluoperazine*  
*ziprasidone*  
 ABILIFY  
 ABILIFY ASIMTUFII  
 ABILIFY MAINTENA  
 ABILIFY MYCITE  
 ARISTADA  
 CLOZARIL  
 EQUETRO  
 FANAPT  
 GEODON  
 HALDOL DECANOATE  
 INVEGA

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

*Salud del comportamiento continuación.*

INVEGA SUSTENNA  
 INVEGA TRINZA  
 LATUDA  
 LITHOBID  
 LYBALVI  
 PERSERIS  
 REXULTI  
 RISPERDAL  
 RISPERDAL CONSTA  
 SAPHRIS

SEROQUEL  
 SEROQUEL XR  
 VERSACLOZ  
 VRAYLAR  
 ZYPREXA  
 ZYPREXA ZYDIS

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

*clomipramine*  
*fluvoxamine*  
*fluvoxamine ext-rel*

**Afecciones cardiovasculares: otras****AGENTES ANTIARRÍTMICOS**

*amiodarone*  
*flecainide*  
*sotalol*

*Pacerone*  
 BETAPACE

**Arteriopatía coronaria****ANTIHIPERLIPIDÉMICOS**

*atorvastatin*  
*cholestyramine*  
*colesevelam*  
*colestipol*  
*ezetimibe*  
*fenofibrate*  
*fenofibrate micronized*  
*fenofibric acid*  
*fenofibric acid delayed-rel*  
*fluvastatin*  
*fluvastatin ext-rel*  
*gemfibrozil*  
*icosapent ethyl*  
*lovastatin*  
*niacin ext-rel*  
*omega-3-acid ethyl esters*  
*pravastatin*  
*rosuvastatin*

*simvastatin*  
*Niacor*  
*Prevalite*  
 ANTARA  
 ATORVALIQ  
 COLESTID  
 CRESTOR  
 EZALLOR SPRINKLE  
 FENOFIBRIC ACID  
 FENOGLIDE  
 FIBRICOR  
 FLOLIPID  
 JUXTAPID  
 LESCOL XL  
 LIPITOR  
 LIPOFEN  
 LIVALO  
 LOPID  
 LOVAZA

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

*Arteriopatía coronaria continuación.*

QUESTRAN LIGHT  
 TRICOR  
 TRILIPIX  
 VASCEPA  
 WELCHOL  
 ZETIA  
 ZOCOR

ZYPITAMAG

**COMBINACIÓN DE ANTIHIPERLIPIDÉMICOS**

amlodipine/atorvastatin  
 ezetimibe/simvastatin  
 CADUET  
 VYTORIN

**Diabetes****AGENTES Y SUMINISTROS DE DIAGNÓSTICO***hisopos con alcohol/limpiador de piel***MONITORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE**

ACCU-CHEK  
 ADVOCATE  
 ASSURE  
 BLULINK  
 CARESENS  
 CLEVER  
 CONTOUR  
 DIATHRIVE  
 EMBRACE  
 FORA  
 FREESTYLE  
 GLUCOCARD  
 ONETOUCH  
 PRODIGY  
 RELION  
 TIRAS DE GLUCOSA EN LA SANGRE  
 MONITOR DE GLUCOSA EN LA SANGRE Y PRESIÓN  
 ARTERIAL  
 ADVOCATE  
 CLEVER CHEK  
 DUO-CARE  
 FORA  
 NEUTEK  
 MONITOR DE GLUCOSA EN LA SANGRE Y COLESTEROL  
 EN LA SANGRE MONITOR DE GLUCOSA CONTINUO,  
 RECEPTOR, SENSOR, TRANSMISOR

DEXCOM

FREESTYLE

GUARDIAN

**SOLUCIONES DE CONTROL****DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA**

OMNIPOD

V-GO

**JERINGAS Y AGUJAS DE INSULINA****TIRAS REACTIVAS DE CETONAS EN LA SANGRE****LANCETAS, DISPOSITIVOS DE LANCETAS****TIRAS REACTIVAS DE ORINA**

Los productos de venta libre (Over the Counter, OTC) requieren una receta.

La cobertura puede variar según el plan.

Límite de \$30 para reclamos en dólares en lancetas por suministro de 30 días.

Límite de reclamo de \$20 por reclamo para todos los hisopos/ las almohadillas con alcohol

200 almohadillas/hisopos por 30 días.

**AGENTES DE INHALACIÓN PARA DIABETES**

AFREZZA

**AGENTES INYECTABLES PARA LA DIABETES**

ADMELOG

APIDRA

BASAGLAR

BYDUREON BCISE

BYETTA

FIASP

HUMALOG

HUMULIN

INSULIN ASPART

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

**Diabetes** continuación.

INSULIN DEGLUDEC  
 INSULIN GLARGINE  
 INSULIN LISPRO  
 LANTUS  
 LEVEMIR  
 LYUMJEV  
 MOUNJARO  
 MYXREDLIN  
 NOVOLIN  
 NOVOLOG  
 OZEMPIC  
 REZVOGLAR  
 SEMGLEE  
 SOLIQUA  
 SYMLINPEN  
 TOUJEO  
 TRESIBA  
 TRULICITY  
 VICTOZA

**AGENTES ORALES PARA LA DIABETES**

*acarbose*  
*alogliptin/metformin*  
*diazoxide*  
*glimepiride*  
*glipizide*  
*glipizide ext-rel*  
*glipizide/metformin*  
*glyburide*  
*glyburide micronized*  
*glyburide/metformin*  
*metformin*  
*metformin ext-rel*  
*miglitol*

*nateglinide*  
*pioglitazone*  
*pioglitazone/glimepiride*  
*pioglitazone/metformin*  
*repaglinide*  
 ACTOPLUS MET  
 ACTOS  
 AMARYL  
 CYCLOSET  
 DUETACT  
 FARXIGA  
 GLUCOTROL XL  
 GLUMETZA  
 GLYNASE  
 GLYXAMBI  
 INVOKAMET  
 INVOKAMET XR  
 INVOKANA  
 JANUMET  
 JANUMET XR  
 JANUVIA  
 JARDIANCE  
 JENTADUETO  
 JENTADUETO XR  
 KAZANO  
 RIOMET  
 RYBELSUS  
 SYNJARDY  
 SYNJARDY XR  
 TRADJENTA  
 TRIJARDY XR  
 XIGDUO XR  
 ZITUVIO

**Hipertensión****INHIBIDORES DE LA ECA/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II Y AGENTES COMBINADOS**

*amlodipine/benazepril*  
*benazepril*  
*benazepril/hydrochlorothiazide*

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

**Hipertensión** continuación.

*candesartan*  
*candesartan/hydrochlorothiazide*  
*captopril*  
*enalapril*  
*enalapril/hydrochlorothiazide*  
*fosinopril*  
*fosinopril/hydrochlorothiazide*  
*irbesartan*  
*irbesartan/hydrochlorothiazide*  
*lisinopril*  
*lisinopril/hydrochlorothiazide*  
*losartan*  
*losartan/hydrochlorothiazide*  
*moexipril*  
*olmesartan*  
*olmesartan/hydrochlorothiazide*  
*perindopril*  
*quinapril*  
*quinapril/hydrochlorothiazide*  
*ramipril*  
*telmisartan*  
*telmisartan/hydrochlorothiazide*  
*trandolapril*  
*trandolapril/verapamil ext-rel*  
*valsartan*  
*valsartan/hydrochlorothiazide*  
 ACCUPRIL  
 ACCURETIC  
 ALTACE  
 ATACAND  
 AVALIDE  
 AVAPRO  
 BENICAR  
 BENICAR HCT  
 COZAAR  
 DIOVAN  
 DIOVAN HCT  
 EDARBI  
 EDARBYCLOR  
 EPANED

HYZAAR  
 LOTENSIN  
 LOTENSIN HCT  
 LOTREL  
 MICARDIS  
 MICARDIS HCT  
 PRESTALIA  
 QBRELIS  
 VALSARTAN  
 VASERETIC  
 VASOTEC  
 ZESTORETIC  
 ZESTRIL

**BETABLOQUEANTES Y AGENTES COMBINADOS**

*acebutolol*  
*atenolol*  
*atenolol/chlorthalidone*  
*betaxolol*  
*bisoprolol*  
*bisoprolol/hydrochlorothiazide*  
*carvedilol*  
*carvedilol phosphate ext-rel*  
*labetalol*  
*metoprolol*  
*metoprolol succinate ext-rel*  
*metoprolol/hydrochlorothiazide*  
*nadolol*  
*nebivolol*  
*pindolol*  
*propranolol*  
*propranolol ext-rel*  
*timolol maleate*  
 BYSTOLIC  
 COREG  
 COREG CR  
 CORGARD  
 LOPRESSOR  
 TENORETIC  
 TENORMIN

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

*Hipertensión continuación.*

TOPROL-XL  
 TRANDATE  
 ZIAC

**BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y AGENTES COMBINADOS**

*amlodipine*  
*diltiazem*  
*diltiazem ext-rel*  
*diltiazem XR*  
*felodipine ext-rel*  
*isradipine*  
*nicardipine*  
*nifedipine*  
*nifedipine ext-rel*  
*nimodipine*  
*nisoldipine ext-rel*  
*verapamil*  
*verapamil ext-rel*  
*Cartia XT*  
*Dilt-XR*  
*Matzim LA*  
*Nifediac CC*  
*Taztia XT*  
 CARDIZEM  
 CARDIZEM CD  
 CARDIZEM LA  
 KATERZIA  
 NORLIQVA  
 NORVASC  
 NYMALIZE  
 PROCARDIA XL  
 SULAR  
 TIAZAC  
 VERAPAMIL ER  
 VERELAN  
 VERELAN PM

**DIURÉTICOS**

*amiloride*  
*amiloride/hydrochlorothiazide*

*bumetadine*  
*chlorthalidone*  
*furosemide oral solution*  
*hydrochlorothiazide*  
*indapamide*  
*metolazone*  
*spironolactone*  
*spironolactone/hydrochlorothiazide*  
*toremide*  
*triamterene*  
 triamterene/hydrochlorothiazide  
 ALDACTONE  
 ALDACTAZIDE  
 BUMEX  
 DIURIL  
 DYRENIUM  
 LASIX  
 MAXZIDE

**OTROS AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS**

*aliskiren*  
*amlodipine/olmesartan*  
*amlodipine/telmisartan*  
*amlodipine/valsartan*  
*amlodipine/valsartan/ hydrochlorothiazide*  
*clonidine*  
*clonidine transdermal*  
*doxazosin*  
*epplerenone*  
*guanfacine*  
*hydralazine*  
*isoxsuprine*  
*methyldopa*  
*olmesartan/amlodipine/ hydrochlorothiazide*  
*prazosin*  
*terazosin*  
 AZOR  
 CARDURA  
 CATAPRES-TTS  
 EXFORGE

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

*Hipertensión continuación.*

EXFORGE HCT  
 TEKTURNA  
 TEKTURNA HCT  
 TRIBENZOR

**SUMINISTROS**

MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL: ACCESORIOS,  
 DISPOSITIVO, KIT

Los productos de venta libre (OTC) requieren una receta. La cobertura puede variar según el plan.

**Osteoporosis**

*alendronate*  
*calcitonin*  
*calcitonin/salmon*  
*ibandronate*  
*raloxifene*  
*risedronate*  
 ACTONEL  
 ATELVIA  
 BINOSTO

EVISTA  
 FORTEO  
 FOSAMAX  
 FOSAMAX PLUS D  
 MIACALCIN NASAL SPRAY  
 PROLIA  
 TERIPARATIDE  
 TYMLOS

**Servicios de cuidado preventivo****AGENTES PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS**

*acamprosate calcium*  
*buprenorphine sublingual*  
*buprenorphine/naloxone sublingual*

*disulfiram*  
*naltrexone*  
 SUBOXONE FILM  
 VIVITROL  
 ZUBSOLV

**Trastornos respiratorios****AGENTES RESPIRATORIOS**

*albuterol HFA*  
*albuterol inh solution*  
*arformoterol inh soln*  
*budesonide suspension*  
*budesonide/formoterol*  
*fluticasone furoate/vilanterol ellipta*  
*fluticasone propionate HFA*  
*fluticasone/salmeterol*  
*ipratropium inh solution*  
*levalbuterol inh soln*  
*montelukast*

*terbutaline*  
*zafirlukast*  
*zileuton ext-rel*  
*Breyna*  
*Wixela Inhub*  
 ACCOLATE  
 ADVAIR  
 ADVAIR HFA  
 AIRDUO RESPICLICK  
 ANORO ELLIPTA  
 ARMONAIR DIGIHALER  
 ARNUITY ELLIPTA

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.

ASMANEXHFA  
 BEVESPI  
 BROVANA  
 BREO ELLIPTA  
 FLOVENT DISKUS  
 FLOVENT HFA  
 INCRUSE ELLIPTA  
 PULMICORT  
 PULMICORT FLEXHALER  
 QVAR REDHALER  
 SEREVENT DISKUS  
 SINGULAIR  
 SPRIVA HANDIHALER  
 SPIRIVA RESPIMAT 1.25 mcg  
 STIOLTO  
 SYMBICORT  
 TUDORZA  
 XOPENEX  
 YUPELRI  
 ZYFLO

### **SUMINISTROS**

MEDIDORES DE FLUJO MÁXIMO

### **PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL**

MULTIVITAMINAS PEDIÁTRICAS CON FLÚOR: TODOS  
 LOS PRODUCTOS COMERCIALIZADOS

### **AGENTES INMUNOSUPRESORES**

*cyclosporine caps*

*everolimus*

*mycophenolate mofetil*

*mycophenolate sodium delayed-rel*

*sirolimus*

*tacrolimus*

*Gengraf*

ASTAGRAF XL

CELLCEPT

ENVARUS XR

MYFORTIC

NEORAL

PROGRAF

RAPAMUNE  
 SANDIMMUNE  
 ZORTRESS

### **AGENTES INMUNIZANTES**

EXTRACTOS ALERGÉNICOS

### **VITAMINAS PRENATALES**

VITAMINAS PRENATALES

Los productos de venta libre (OTC) requieren una receta. La cobertura puede variar según el plan.

Los medicamentos de marca se muestran **EN MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos de marca se muestran en cursiva **MAYÚSCULA y minúscula** o en **CURSIVA MAYÚSCULA**; los medicamentos genéricos se muestran en **cursiva minúscula**. Esta no es una lista completa y solo debe utilizarse como referencia. MVP se reserva el derecho de realizar cambios en esta lista de medicamentos. Consulte su COC, su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y cualquier Cláusula Adicional aplicable para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan.