








Lista de medicamentos cubiertos/preferenciales de los servicios preventivos para las mujeres de Presbyterian Health Plan y Presbyterian Insurance Company

Los medicamentos y productos preventivos que se enumeran a continuación tal vez estén a la disposición de los asegurados de Turquoise Care, Commercial y Metal Level Exchange con la cobertura de farmacia de Presbyterian Health Plan sin costarles nada. Se determina la cobertura indicada utilizando tanto los métodos de dispositivos anticonceptivos, anticonceptivos inyectables y anticonceptivos orales genéricos preferenciales de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección de los Pacientes [*Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA*] como los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, los procedimientos de esterilización y el asesoramiento e instrucción para las pacientes. Se pudieran aplicar restricciones adicionales del plan.

Esta lista se presenta por clase terapéutica. Para buscar un medicamento específico, utilice la funcionalidad de búsquedas que está disponible en Adobe Acrobat Reader (acceso directo en el teclado: Ctrl+F).

Servicios preventivos para las mujeres de Presbyterian

Definición de las condiciones

Icono	Condición	Definición
	Lista de medicamentos [formulary]	Se cubre el medicamento en la lista de medicamentos
	Beneficio médico	Fármaco especializado administrado por la Oficina de Medicamentos Médicos.
	\$0	Copago de \$0 conforme a las directrices de PPACA
	Excepción médica	Fármaco especializado administrado por la Oficina de Medicamentos Médicos. No se cubre.
	Exclusión del beneficio	Exclusión del beneficio. No es beneficio cubierto.
	Exclusión del beneficio	Exclusión del beneficio
	No se encuentra en la lista de medicamentos	No se encuentra en la lista de medicamentos

Definición de las restricciones

Icono	Restricción	Definición
	Restricción de edad	Restricción de edad
	Indicador genérico	Indicador genérico
	Acceso limitado	Acceso limitado
	Suministro de días sin extensión	Se limita a un mes el suministro de este medicamento.
	Venta libre	Venta libre
	Autorización previa	Autorización previa
	Cantidad límite	Cantidad límite
	Máximo al día de lista [schedule] II de fármacos controlados	Máximo al día de lista II de fármacos controlados
	Farmacia especializada	Farmacia especializada
	Terapia escalonada	Terapia escalonada
	Nota del usuario 1	Nota del usuario 1
	Nota del usuario 2	Nota del usuario 2
	Nota del usuario 4	Nota del usuario 4

CURRENT AS OF 7/1/2024

Drug	Status	Notes
CONTRACEPTIVES		
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL ***		
Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Alyacen 1/35 Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Apri Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Aubra Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Aurovela FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Aviane Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Blisovi FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Cryselle-28 Oral Tablet 0.3-30 MG-MCG	\$0	
Cyclafem 1/35 Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Cyred Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Dasetta 1/35 Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Delyla Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Elinest Oral Tablet 0.3-30 MG-MCG	\$0	
Emoquette Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Enskyce Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Estarylla Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Ethinodiol Diac-Eth Estradiol Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Falmina Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Femynor Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Hailey FE 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Hailey FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Isibloom Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Juleber Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Junel FE 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Junel FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Kalliga Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Kelnor 1/35 Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	

Drug	Status	Notes
Larin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Larissia Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Lessina Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Levonorgestrel-Ethinyl Estrad Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Low-Ogestrel Oral Tablet 0.3-30 MG-MCG	\$0	
Lutera Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Microgestin FE 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Microgestin FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Mili Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Necon 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Norethin Ace-Eth Estrad-FE Oral Tablet 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG	\$0	
Norgestimate-Eth Estradiol Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Nymyo Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Orsythia Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Pirmella 1/35 Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
Previfem Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Reclipsen Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Solia Oral Tablet 0.15-30 MG-MCG	\$0	
Sprintec 28 Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Sronyx Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
Tarina FE 1/20 Oral Tablet 1-20 MG-MCG	\$0	
Vienva Oral Tablet 0.1-20 MG-MCG	\$0	
VyLibra Oral Tablet 0.25-35 MG-MCG	\$0	
Zovia 1/35E (28) Oral Tablet 1-35 MG-MCG	\$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL***		
Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 MCG/24HR	\$0	QL (3 EA per 28 days); AG (Max 55 Years)
Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 MCG/24HR	\$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL***		

Drug	Status	Notes
EluRyng Vaginal Ring 0.12-0.015 MG/24HR	\$0	QL (1 EA per 28 days); AG (Max 55 Years)
Etonogestrel-Ethinyl Estradiol Vaginal Ring 0.12-0.015 MG/24HR	\$0	QL (1 EA per 28 days); AG (Max 55 Years)
*COPPER CONTRACEPTIVES - IUD***		
Paragard Intrauterine Copper Intrauterine Intrauterine Device	\$0	AG (Max 55 Years)
*EMERGENCY CONTRACEPTIVES***		
Aftera Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
EContra EZ Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Ella Oral Tablet 30 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Levonorgestrel Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
My Way Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Opcicon One-Step Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Take Action Oral Tablet 1.5 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL ***		
Amethia Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
Ashlyna Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
Camrese Lo Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Camrese Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
Daysee Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
Iclevia Oral Tablet 0.15-0.03 MG	\$0	
Introvale Oral Tablet 0.15-0.03 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Jaimiess Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Jolessa Oral Tablet 0.15-0.03 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Levonorgest-Eth Estrad 91-Day Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 MG, 0.15-0.03 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Levonorgest-Eth Estrad 91-Day Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
LoJaimiess Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Setlakin Oral Tablet 0.15-0.03 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Simpesse Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE***		
Depo-SubQ Provera 104 Subcutaneous Suspension Prefilled Syringe 104 MG/0.65ML	\$0	
MedroxyPROGESTERone Acetate Intramuscular Suspension 150 MG/ML	\$0	AG (Max 55 Years)
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD***		
Kyleena Intrauterine Intrauterine Device 19.5 MG	\$0	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL ***		

Drug	Status	Notes
Camila Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Deblitane Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Errin Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Heather Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Jencycla Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Lyleq Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Lyza Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Nora-BE Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Norethindrone Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Norlyda Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Norlyroc Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
Sharobel Oral Tablet 0.35 MG	\$0	
*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL ***		
Caziant Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0	
Cesia Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0	
Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0	
Enpresse-28 Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0	
Levonest Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0	
Levonorg-Eth Estrad Triphasic Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0	
Norgestim-Eth Estrad Triphasic Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri Femynor Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
TriNessa (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Previfem Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Tri-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Trivora (28) Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0	
Tri-VyLibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0	
Velivet Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0	
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES		
*CONDOMS - FEMALE***		
FC Female Condom	\$0	AG (Max 55 Years)
FC2 Female Condom	\$0	AG (Max 55 Years)

Drug	Status	Notes
*CONDOMS - MALE***		
Condoms	\$0	
*DIAPHRAGMS***		
Caya Vaginal Diaphragm	\$0	
Omniflex Diaphragm Vaginal Diaphragm	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 60 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 65 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 70 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 75 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 80 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 85 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 90 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
Wide-Seal Diaphragm 95 Vaginal Diaphragm 2 %	\$0	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS		
*SPERMICIDES***		
Encare Vaginal Suppository 100 MG	\$0	AG (Max 55 Years)
Options Gynol II Contraceptive Vaginal Gel 3 %	\$0	AG (Max 55 Years)
Shur-Seal Contraceptive Vaginal Gel 2 %	\$0	AG (Max 55 Years)
Today Sponge Vaginal 1000 MG	\$0	
VCF Vaginal Contraceptive Vaginal Film 28 %	\$0	AG (Max 55 Years)
VCF Vaginal Contraceptive Vaginal Foam 12.5 %	\$0	AG (Max 55 Years)
VCF Vaginal Contraceptive Vaginal Gel 4 %	\$0	AG (Max 55 Years)

Medical Benefit

Drug	Status	Notes
FemCap Vaginal Device 22 MM, 26 MM, 30 MM	\$0	
Mirena (52 MG) Intrauterine Intrauterine Device 20 MCG/24HR	\$0	
Nexplanon Subcutaneous Implant 68 MG	\$0	QL (1 EA per 3 years); AG (Max 55 Years)
Skyla Intrauterine Intrauterine Device 13.5 MG	\$0	

Explicación de los términos:

1. **Límite que rige la edad [*Age Limit, AG*]:** El asegurado tiene que tener una edad específica para que se cubra el medicamento.
2. **Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección de los Pacientes [*Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA*]:** La ley que otorga varios derechos y protecciones para que la cobertura médica sea más justa, fácil de entender y económica.
3. **Medicamentos médicos [*Medical Drugs, MED*]** Un medicamento médico es cualquier medicamento que le dé un proveedor de atención médica y que típicamente se proporciona en la casa del asegurado, un consultorio médico, una clínica de infusiones independiente (ambulatoria) o un centro clínico para pacientes ambulatorios. Tal vez se exija la autorización previa (permiso) para los medicamentos médicos y algunos se tienen que conseguir por medio de la red especializada. Para una lista completa de medicamentos médicos a fin de determinar cuáles necesitan autorización previa, favor de consultar el sitio web de Presbyterian Pharmacy en **www.phs.org**
4. **Excepción médica [*Medical Exception, ME*]:** Permiso para utilizar un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos [*formulary*] de Presbyterian Turquoise Care. Puede conseguir una excepción médica para utilizar un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos si tiene una alergia o una mala reacción a todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos o si no funcionan los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos. Usted mismo o su médico pueden pedir una excepción médica por fax, teléfono o correo electrónico. Su médico tiene que dar la razón por solicitar la excepción médica.
5. **Venta libre [*Over-the-Counter, OTC*]:** Tiene que tener una receta médica para que se cubran estos medicamentos. Fíjese bien: Los medicamentos de venta libre que se enumeran para los beneficiarios del *Alternative Benefit Package* [conjunto de beneficios alternativos] solo se cubren para los asegurados de 19 y 20 años.
6. **Autorización previa [*Prior Authorization, PA*]:** Usted mismo o su médico tienen que conseguir el permiso (aprobación) de Presbyterian Turquoise Care antes de surtir su medicamento recetado. Si no consiguiera la autorización previa, a lo mejor Presbyterian Turquoise Care no

pague el medicamento. Tanto usted como su médico pueden pedir el permiso por fax, teléfono o correo electrónico.

7. **Cantidad límite [*Quantity Limit, QL*]:** Un límite que rige la cantidad de un medicamento por el cual pagará Presbyterian Turquoise Care en un periodo de tiempo específico.
8. **Fármacos especializados [*Specialty Pharmaceuticals, SP*]:** Los fármacos especializados se autoadministran; es decir, los administran el paciente, un familiar o un cuidador. Por lo general, se utilizan los fármacos especializados para tratar enfermedades complicadas, crónicas y raras y/o problemas médicos que ponen en riesgo la vida. Se exige que se consiga la autorización previa para la mayoría de los fármacos especializados y se tiene que conseguir por medio de la red de farmacias especializadas. Por lo general, los fármacos especializados son caros, típicamente cuestan más de \$600 por un suministro de 30 días. Los fármacos especializados no están disponibles por medio de la opción de encargo por correo y se limitan a un suministro de 30 días. Se limita el suministro inicial de algunos fármacos especializados a un máximo de 14 días para asegurar que los pacientes puedan tolerar el nuevo medicamento.
9. **Terapia escalonada [*Step Edit, ST*]:** Primero tiene que probar ciertos medicamentos para tratar un problema médico antes de que se cubra un medicamento diferente para el mismo problema médico. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su problema médico, a lo mejor Presbyterian Turquoise Care no cubrirá el medicamento B si no prueba primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces tal vez el plan cubra otro medicamento.

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.

Infórmese más a fondo sobre el aviso de no discriminación y los servicios de intérpretes en <https://www.phs.org/nondiscrimination>.