



REVISADO EN JULIO 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:

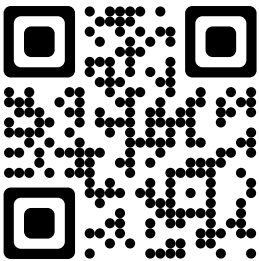
- Esta lista no se aplica a medicamentos excluidos, por ejemplo, medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Los medicamentos incluidos en esta lista seguirán las reglas del Formulario, lo que significa que es posible que 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 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
 FYCOMPA
 LAMICTAL
 LAMICTAL XR
 MOTPOLY XR
 QUDEXY XR
 SUBVENITE
 TEGRETOL
 TEGRETOL-XR
 TOPAMAX
 TROKENDI XR
 XCOPRI

Salud del Comportamiento

ANTIDEPRESIVOS

amitriptyline
amoxapine
bupropion

bupropion ext-rel
citalopram
desipramine
desvenlafaxine ext-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.

doxepin
duloxetine delayed-rel
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

ANTIPSIÓTICOS

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

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.

HALDOL DECANOATE
 INVEGA
 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
 INPEFA

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

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.

LOPID
 LOVAZA
 NEXLETOL
 QUESTRAN LIGHT
 TRICOR
 TRILIPIX
 VASCEPA
 WELCHOL
 ZETIA

ZOCOR
 ZYPITAMAG

COMBINACIÓN DE ANTIHIPERLIPIDÉMICOS

amlodipine/atorvastatin
 ezetimibe/simvastatin
 CADUET
 NEXLIZET
 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

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.*

BYETTA	<i>pioglitazone</i>
FIASP	<i>pioglitazone/glimepiride</i>
HUMALOG	<i>pioglitazone/metformin</i>
HUMULIN	<i>repaglinide</i>
INSULIN ASPART	ACTOPLUS MET
INSULIN DEGLUDEC	ACTOS
INSULIN GLARGINE	AMARYL
INSULIN LISPRO	CYCLOSET
LANTUS	DUETACT
LEVEMIR	FARXIGA
LYUMJEV	GLUCOTROL XL
MOUNJARO	GLUMETZA
MYXREDLIN	GLYNASE
NOVOLIN	GLYXAMBI
NOVOLOG	INVOKAMET
OZEMPIC	INVOKAMET XR
REZVOGLAR	INVOKANA
SEMGLEE	JANUMET
SOLIQUA	JANUMET XR
SYMLINPEN	JANUVIA
TOUJEO	JARDIANCE
TRESIBA	JENTADUETO
TRULICITY	JENTADUETO XR
VICTOZA	KAZANO

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

RIOMET
 RYBELSUS
 SYNJARDY
 SYNJARDY XR
 TRADJENTA
 TRIJARDY XR
 XIGDUO XR
 ZITUVIO

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

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

amlodipine/benazepril
benazepril
benazepril/hydrochlorothiazide
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

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.

BYSTOLIC
COREG
COREG CR
CORGARD
LOPRESSOR
TENORETIC
TENORMIN
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
eplerenone
guanfacine
hydralazine
isoxsuprine
methyl dopa

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.

olmesartan/amlodipine/hydrochlorothiazide
 prazosin
 terazosin
 AZOR
 CARDURA
 CATAPRES-TTS
 EXFORGE
 EXFORGE HCT

TEKURNA
 TEKURNA 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

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.

Trastornos respiratorios continuación.

ADVAIR
 ADVAIR HFA
 AIRDUO RESPICLICK
 ANORO ELLIPTA
 ARMONAIR DIGIHALER
 ARNUITY ELLIPTA
 ASMANEXHFA
 BEVESPI
 BROVANA
 BREO ELLIPTA
 FLOVENT DISKUS
 FLOVENT HFA
 INCRUSE ELLIPTA
 PULMICORT
 PULMICORT FLEXHALER
 QVAR REDIHALER
 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
 ENVARUSUS 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.