

Seguros Individuales
y Familiares para 2025



Lista de medicamentos anticonceptivos

Entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Se aplica a los siguientes estados:

AL, AZ, CO, FL, GA, IA, IL, IN, KS, LA, MD, MI, MO, MS, NE,
NC, NJ, NM, OH, OK, SC, TN, TX, VA, WA, WI y WY



Lista de medicamentos de farmacia

Su seguro individual y familiar de UnitedHealthcare® cubre métodos anticonceptivos sin costo alguno para usted. Incluso si su plan tiene un deducible y no lo ha alcanzado, su costo compartido sigue siendo de \$0 cuando se surte en una farmacia de la red. Es posible que se apliquen reglas o límites de cobertura aplicables, como límites de cantidad.



Anticonceptivos de venta sin receta

Los anticonceptivos de venta sin receta están disponibles por un costo compartido de \$0 con su seguro individual y familiar. Pídale a su farmacia que envíe una reclamación* a UnitedHealthcare.

Anticonceptivos de emergencia

AFTERA TAB 1.5MG
AFTERPILL TAB 1.5MG
CURAE TAB 1.5MG
ECONTRA EZ TAB 1.5MG
ECONTRA OS TAB 1.5MG
HER STYLE TAB 1.5MG
LEVONORGESTR TAB 1.5MG
MY CHOICE TAB 1.5MG
MY WAY TAB 1.5MG
NEW DAY TAB 1.5MG
OPCICON TAB 1.5MG
OPTION 2 TAB 1.5MG
PLAN B TAB 1.5MG
REACT TAB 1.5MG
TAKE ACTION TAB 1.5MG

Píldoras

OPILL

Condomes

VARIEDAD DE OPCIONES

Espermicidas

ENCARE SUP 100MG
GYNOL II GEL 3%
VCF VAGINAL GEL CONTRACE
VCF VAGINAL MIS CONTRACP

Esponjas

TODAY SPONGE MIS



Anticonceptivos de venta con receta

Capuchón cervical

FEMCAP MIS 22MM
FEMCAP MIS 26MM
FEMCAP MIS 30MM

Diafragma

CAYA DPR
OMNIFLEX DPR
WIDE-SEAL DPR KIT 60
WIDE-SEAL DPR KIT 65
WIDE-SEAL DPR KIT 70
WIDE-SEAL DPR KIT 75
WIDE-SEAL DPR KIT 80
WIDE-SEAL DPR KIT 85
WIDE-SEAL DPR KIT 90
WIDE-SEAL DPR KIT 95

Anticoncepción de emergencia

ELLA TAB 30MG

Parche

NORELGE/ETHI DIS 150/35
TWIRLA DIS 120-30
XULANE DIS 150-35
ZAFEMY DIS 150/35

Anillo

ANNOVERA MIS
ELURYNG MIS
ENILLORING MIS
ETONOGESTREL MIS ETHY EST
HALOETTE MIS

Inyección

DEPO-SQ PROV INJ 104
MEDROXYPRAC INJ 150MG/ML

Espermicida

PHEXXI GEL



Anticonceptivos de venta con receta

Píldora

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| AFIRMELLE TAB 0.1-0.02 | ENSKYCE TAB | LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20 | PIMTREA TAB |
| ALTAVERA TAB | ERRIN TAB 0.35MG | LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO | PIRMELLA TAB 1/35 |
| ALYACEN TAB 1/35 | ESTARYLLA TAB 0.25-35 | LEVORA-28 TAB 0.15/30 | PIRMELLA TAB 7/7/7 |
| ALYACEN TAB 7/7/7 | ETHY ETH EST TAB 1-35 | LILLOW TAB 0.15/30 | PORTIA-28 TAB |
| AMETHIA TAB | ETHYNODIOL TAB 1-50 | LO LOESTRIN TAB 1-10-10 | PREVIFEM TAB |
| AMETHYST TAB 90-20MCG | FALMINA TAB | LOJAIMIESS TAB | RECLIPSEN TAB |
| APRI TAB | FAYOSIM TAB | LORYNA TAB 3-0.02MG | RIVELSA TAB |
| ARANELLE TAB | FEMYNOR TAB 0.25-35 | LOW-OGESTREL TAB | SETLAKIN TAB |
| ASHLYNA TAB | FINZALA CHW FE 1/20 | LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG | SHAROBEL TAB 0.35MG |
| AUBRA TAB 0.1-0.02 | GEMMILY CAP 1/20 | LUTERA TAB | SIMLIYA TAB 28 DAY |
| AUBRA EQ TAB 0.1-0.02 | HAILEY TAB 1.5/30 | LYLEQ TAB 0.35MG | SIMPESSE TAB |
| AUROVELA TAB 1.5/30 | HAILEY 24 TAB FE | LYZA TAB 0.35MG | SPRINTEC 28 TAB 28 DAY |
| AUROVELA TAB 1/20 | HAILEY FE TAB 1.5/30 | MARLISSA TAB 0.15/30 | SRONYX TAB |
| AUROVELA 24 TAB FE 1/20 | HAILEY FE TAB 1/20 | MERZEE CAP 1/20 | SYEDA TAB 3-0.03MG |
| AUROVELA FE TAB 1.5/30 | HEATHER TAB 0.35MG | MIBELAS 24 CHW FE | TARINA 24 FE TAB |
| AUROVELA FE TAB 1/20 | ICLEVIA TAB | MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20 | TARINA FE TAB 1/20 |
| AVIANE TAB | INCASSIA TAB 0.35MG | MICROGESTIN TAB 1.5/30 | TARINA FE TAB 1/20 EQ |
| AYUNA TAB | INTROVALE TAB | MICROGESTIN TAB 1/20 | TAYSOFY CAP 1/20 |
| AZURETTE TAB | ISIBLOOM TAB | MICROGESTIN TAB FE 1/20 | TILIA FE TAB |
| BALZIVA TAB | JAIMIESS TAB | MICROGESTIN TAB FE1.5/30 | TRI FEMYNOR TAB |
| BLISOVI 24 TAB FE 1/20 | JASMIEL TAB 3-0.02MG | MILI TAB 0.25/35 | TRI-ESTARYLL TAB |
| BLISOVI FE TAB 1.5/30 | JENCYCLA TAB 0.35MG | MONO-LINYAH TAB 0.25-35 | TRI-LEGEST TAB FE |
| BLISOVI FE TAB 1/20 | JOLESSA TAB | NATAZIA TAB | TRI-LINYAH TAB |
| BRIELLYN TAB | JOYEAX TAB 0.1-20 | NECON TAB 0.5/35 | TRI-LO TAB ESTARYLL |
| CAMILA TAB 0.35MG | JULEBER TAB | NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG | TRI-LO- TAB MARZIA |
| CAMRESE TAB | JUNEL 1.5/30 TAB | NIKKI TAB 3-0.02MG | TRI-LO- TAB SPRINTEC |
| CAMRESE LO TAB | JUNEL 1/20 TAB | NOR/EST/FF TAB 1.5/30 | TRI-LO-MILI TAB |
| CAZIANP PAK | JUNEL FE TAB 1.5/30 | NORA-BE TAB 0.35MG | TRI-MILI TAB |
| CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20 | JUNEL FE TAB 1/20 | NORE/ETH/FER CAP 1/20 | TRI-NYMYO TAB |
| CHATEAL TAB 0.15/30 | JUNEL FE 24 TAB 1/20 | NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35 | TRI-SPRINTEC TAB |
| CHATEAL EQ TAB 0.15/30 | KAITLIB FE CHW | NORETH/ETHIN CHW FE | TRIVORA-28 TAB |
| CRYSSELLE-28 TAB 28 TABS | KALLIGA TAB | NORETH/ETHIN CHW FE 1/20 | TRI-VYLIBRA TAB |
| CYRED TAB | KARIVA TAB 28 DAY | NORETH/ETHIN TAB 1.5/30 | TRI-VYLIBRA TAB LO |
| CYRED EQ TAB | KELNOR TAB 1/35 | NORETH/ETHIN TAB 1/20 | TULANA TAB 0.35MG |
| DASETTA TAB 1/35 | KELNOR 1/50 TAB | NORETH/ETHIN TAB FE | TURQOZ TAB |
| DASETTA TAB 7/7/7 | KURVELO TAB 0.15/30 | NORETH/ETHIN TAB FE 1/20 | CHW TYBLUME 0.1-0.02 |
| DAYSEE TAB | LARIN TAB 1.5/30 | NORETHINDRON TAB 0.35MG | TYDEMY TAB |
| DEBLITANE TAB 0.35MG | LARIN TAB 1/20 | NORGEST/ETHI TAB 0.25/35 | VELIVET PAK |
| DELYLA TAB 0.1-0.02 | LARIN 24 TAB FE 1/20 | NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO | VESTURA TAB 3-0.02MG |
| DESO/ETINIL TAB ESTRADIO | LARIN FE TAB 1.5/30 | NORLYDA TAB 0.35MG | VIENVA TAB 0.1-20 |
| DOLISHALE TAB 90-20MCG | LARIN FE TAB 1/20 | NORLYROC TAB 0.35MG | VIORELE TAB |
| DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO | LARISSIA TAB | NORTREL TAB 0.5/35 | VOLNEA TAB |
| DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG | LAYOLIS FE CHW | NORTREL TAB 1/35 | VYFEMLA TAB 0.4-35 |
| DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG | LEENA TAB | NORTREL TAB 7/7/7 | VYLIBRA TAB 0.25-35 |
| DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV | LESSINA TAB | NYLIA TAB 1/35 | WERA TAB 0.5/35 |
| ELINEST TAB | LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG | NYLIA TAB 7/7/7 | WYMZYA FE CHW 0.4MG-35 |
| EMOQUETTE TAB | LEVONEST TAB | NYMYO TAB 0.25-35 | ZOVIA 1/35 TAB |
| EMZAHH TAB 0.35MG | LEVONOR/ETHI TAB | OCELLA TAB 3-0.03MG | ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG |
| ENPRESSE-28 TAB | LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02 | PHILITH TAB 0.4-35 | |

Preguntas frecuentes

¿Qué anticonceptivos están cubiertos por mi seguro individual y familiar de UnitedHealthcare?

Además de los anticonceptivos de venta con receta y sin receta, los beneficios médicos de su plan cubren lo siguiente con un costo compartido de \$0:

- Dispositivos intrauterinos (DIU) (Paragard, Skyla, Liletta, Kyleena, Mirena)
- Varilla implantable (Nexplanon)
- Inyección (acetato de medroxiprogesterona)
- Esterilización quirúrgica para mujeres (ligadura de trompas)

Su seguro individual y familiar también cubre la cirugía de esterilización (vasectomía) para hombres, la cual puede estar sujeta a costos compartidos para los miembros.

¿Qué sucede si mi medicamento no está cubierto?

Si su proveedor de cuidado de la salud (médico, enfermero practicante, etc.) determina que necesita un medicamento que no está cubierto, puede informarnos que su medicamento es médicamente necesario y brindarnos información sobre su diagnóstico e historial de medicamentos:

- En línea: professionals.optumrx.com/prior-authorization
- **1-800-711-4555**

Si necesita ayuda, también puede iniciar una solicitud en myuhc.com/exchange o llamando al número de servicios para miembros que figura en su tarjeta de ID, y podemos comunicarnos con su proveedor de cuidado de la salud para obtener información que lo ayude a procesar la solicitud.

Si su medicamento está aprobado y lo está usando como método anticonceptivo, pagará un costo compartido de \$0. Si lo está usando para tratar otra afección médica, es posible que se aplique un costo compartido.



**Estamos a su
lado para lo
que importa.**



¿Necesita más información sobre la cobertura y los costos de sus medicamentos de farmacia?

Visite myuhc.com/exchange. También puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID del plan de salud. Los proveedores de cuidado de la salud pueden visitar uhcprovider.com/exchange.



* En ciertos casos, es posible que su farmacia le pida que se comunique con su proveedor de cuidado de la salud para obtener una receta.

Consulte siempre los materiales de su plan de beneficios para determinar su cobertura de medicamentos y sus costos compartidos. En caso de que se observen diferencias, prevalecerán los documentos del plan de beneficios. Para ciertos medicamentos, como se indica en la lista de medicamentos recetados, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que se surte por copago o durante un cierto período de tiempo.

Todos los medicamentos de marca son marcas comerciales o marcas registradas de sus respectivos propietarios.

Cobertura del plan médico ofrecido por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated in CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company in AL, IN, KS, LA, MO, NE, NJ, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc. y UnitedHealthcare Plan of the River Valley en Iowa. Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

962801