



Lista de medicamentos con fines preventivos sin costo



Medicamentos con cobertura sin costo para usted

A partir del 1.º de enero de 2025

Su cobertura médica puede incluir ciertos medicamentos preventivos, ya sean recetados o de venta libre, como un beneficio sin costo para usted cuando acuda a una farmacia o un médico que forma parte de la red de su cobertura médica. No se aplican copagos, deducibles ni coaseguros, incluso si no ha cumplido con su deducible o gasto máximo de bolsillo. La cobertura para estos medicamentos puede variar, ya que depende del tipo de cobertura que tenga. Llame al número de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado para conocer qué medicamentos están incluidos en su cobertura sin que tenga que incurrir en gastos compartidos.

A continuación, listamos algunos ejemplos de medicamentos que a menudo se utilizan para la atención preventiva. Estos podrían estar incluidos en su cobertura, tanto para adultos como para niños. Esta lista no incluye todos los medicamentos que podrían recetarse con fines preventivos. La lista se revisa con regularidad y está sujeta a cambios.

Consulte los métodos anticonceptivos en la lista de Productos anticonceptivos con cobertura que podrían tener cobertura sin costo para usted. Pueden aplicarse límites de edad, restricciones y otros requisitos.*

LISTA DE MEDICAMENTOS CON FINES PREVENTIVOS

ASPIRINAS

aspirin chew tab 81 mg (Bayer Children's Aspirin)
(tabletas masticables; aspirina de Bayer para niños)

aspirin tab delayed release 81 mg (tabletas de liberación retardada)

PREPARACIÓN PARA EL INTESTINO

peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm (Golytely) (solución)

peg 3350-kcl-nacl-na sulfate-na ascorbate-c for soln 100 gm (Moviprep)
(solución)

peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm (solución)

CÁNCER DE SENO

anastrozole tab 1 mg (Arimidex) (tabletas)

raloxifene hcl tab 60 mg (Evista) (tabletas)

tamoxifen citrate tab 10 mg, 20 mg (tabletas) (base equivalente)

SUPLEMENTOS DE FLUORURO

sodium fluoride chew tab 0.25 mg f (from 0.55 mg naf), 0.5 mg f
(from 1.1 mg naf), 1 mg f (from 2.2 mg naf) (tabletas)

sodium fluoride cream 1.1% (Prevident 5000 Plus) (crema)

sodium fluoride gel 1.1% (0.5% f) (Prevident 5000 Dry Mouth) (gel)

sodium fluoride paste 1.1% (Prevident 5000 Booster Pl) (pasta)

SODIUM FLUORIDE – sodium fluoride tab 0.5 mg f (from 1.1 mg naf), 1 mg f
(from 2.2 mg naf) (tableta)

SODIUM FLUORIDE – sodium fluoride soln 0.5 mg/mL f (from 1.1 mg/mL naf)
(solución)

stannous fluoride conc 0.63% (concentrado)

stannous fluoride gel 0.4% (Gel-Kam) (gel)

SUPLEMENTOS DE ÁCIDO FÓLICO

folic acid caps 0.8 mg (cápsulas)

folic acid tabs 400 mcg, 800 mcg (tabletas)

PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN AL VIH (PREP)

APREITUDE – cabotegravir im extended release susp 600 mg/3 mL
(de liberación extendida)

DESCOVY – emtricitabine-tenofovir alafenamide fumarate tab 200-25 mg

emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg (Truvada)
(tabletas)

SUPLEMENTOS DE HIERRO

carbonyl iron susp 15 mg/1.25 mL (elemental iron) (Icar Pediatric)
(suspensión)

ferrous sulfate soln 220 mg/5 mL (44 mg/5 mL elemental fe),
300 mg/5 mL (60 mg/5 mL elemental fe) (solución)

ferrous sulfate soln 75 mg/mL (15 mg/mL elemental fe) (Fer-In-Sol) (solución)

IRON UP – polysaccharide iron complex liquid 15 mg/0.5 mL
(fe equivalent) (líquido)

NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS – polysaccharide iron complex liquid
15 mg/mL (fe equivalent) (líquido)

ESTATINAS CON UN SOLO AGENTE

atorvastatin calcium tabs; 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg
(base equivalente) (Lipitor) (tabletas)

lovastatin tab 20 mg, 40 mg (tabletas)

pravastatin sodium tab 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (tabletas)

TABAQUISMO**

bupropion hcl (smoking deterrent) tab ER 12hr 150 mg (tabletas)

nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg (goma de mascar)

nicotine polacrilex lozenge 2 mg, 4 mg (pastillas)

nicotine td patch 24hr 7 mg/24hr, 14 mg/24hr, 21 mg/24 hr (parche)

NICOTINE TRANSDERMAL SYST – nicotine td patch 24 hr kit
21-14-7 mg/24hr (parche)

NICOTROL INHALER – nicotine inhaler system 10 mg (4 mg delivered) (inhalador)

NICOTROL NS – nicotine nasal spray 10 mg/mL (0.5 mg/spray)

varenicline tartrate tab 0.5 mg, 1 mg (base equivalente)

varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack
(paquete inicial)

VACUNAS

ABRYSV0 – RSV pre-fusion F A&B vac recomb for im soln 120 mcg/0.5 mL

ACTHIB – haemophilus b polysaccharide conjugate vaccine for inj

ADACEL – tet tox-diph-acell pertuss ad inj 5-2-15.5 lf-lf-mcg/0.5 mL

Medicamentos genéricos = **negritas**

Medicamentos de marca = MAYÚSCULAS

LISTA DE MEDICAMENTOS CON FINES PREVENTIVOS

AFLURIA QUADRIVALENT – influenza virus vac split quadrivalent susp pref syr 0.5 mL	MENVEO – meningococcal (a, c, y, and w-135) oligo conj vac im soln
AFLURIA QUADRIVALENT – influenza virus vaccine split quadrivalent im inj	MODERNA COVID-19 VACCINE/6MO-11Y - covid-19 mrna vaccine 6mo-11yr-moderna im susp 25 mcg/0.25 ml
AREXVY – RSVREF3 vaccine recomb adjuvanted for im susp 120 mcg/0.5 mL	MRESVIA – rsv mrna pre-f vaccine im susp pref syr 50 mcg/0.5 mL
BEXSERO – meningococcal vaccine b (recomb omv adjuv) inj prefilled syringe	NOVAVAX COVID-19 VACCINE – covid-19 subunit prot recom adjuv vac-novavax im 5 mcg/0.5 mL
BOOSTRIX – tet tox-diph-acell pertuss ad inj 5-2.5-18.5 lf-lf-mcg/0.5 mL	PEDIARIX – diph-tet tox-acell pert-hep b-polio ipv vac susp pref syr
BOOSTRIX – tet-diph-acell pertuss ad pref syr 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5mL	PEDVAX HIB – haemophilus b polysaccharide conj vaccine IM susp 7.5 mcg/0.5 mL
CAPVAXIVE – pneumococcal 21-valent conjugate vaccine soln pref syr 0.5 mL	PENBRAYA – meningococcal acyw (tet conj)-mening b (rcmb) vacc for inj
COMIRNATY – covi-19 mrna vac tris-pfizer im susp pref syr 30 mcg/0.3 ml COVID-19	PENTACEL – diph-ac per-tet tox ad-poliov-haemoph b poly vaccine for IM susp
COMIRNATY – covid-19 mrna vac tris-sucrose-pfizer im susp 30 mcg/0.3 mL	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE/5-11Y - covid-19 mrna vac tris-s 5-11y-pfizer im susp 10 mcg/0.3 ml
DAPTACEL – diph, acellular pert & tet tox inj 15 lf-23 mcg-5 lf/0.5 mL	PFIZER-BIONTECH COVID-19 – covid-19 mrna vac tris-s 5-11y-pfizer im susp 10 mcg/0.3 mL
ENGRIX-B – hepatitis b vaccine (recombinant) susp 20 mcg/ml	PNEUMOVAX 23 – pneumococcal vaccine polyvalent inj 25 mcg/0.5 mL
ENGRIX-B – hepatitis B vaccine (recombinant) susp pref syr 10 mcg/0.5ml, 20 mcg/ml	PNEUMOVAX 23/1 DOSE – pneumococcal vaccine polyvalent inj 25 mcg/0.5 mL
FLUAD QUADRIVALENT – influenza vac type a&b surface ant adj quad pref syr 0.5 mL	PREHEVBRIIO – hepatitis b vaccine 3-antigen (recombinant) susp 10 mcg/ml
FLUARIX QUADRIVALENT – influenza virus vac split quadrivalent susp pref syr 0.5 mL	PREVNAR 20 – pneumococcal 20-valent conjugate vaccine sus pref syr 0.5 mL
FLUBLOK QUADRIVALENT – influenza vac recomb ha quad pf soln pref syr 0.5 mL	PRIORIX - measles-mumps-rubella virus vaccines for subcutaneous susp
FLUCELVAX QUADRIVALENT – influenza vac tiss-cult subunit quad susp pref syr 0.5 mL	PROQUAD – measles-mumps-rubella-varicella virus vaccine for susp
FLUCELVAX QUADRIVALENT – influenza vac tissue-cultured subunit quadrivalent im susp	QUADRACEL – diph-tetanus tox ad-acell pert & polio virus, ipv vacc inj
FLULAVAL QUADRIVALENT – influenza virus vac split quadrivalent susp pref syr 0.5 mL	QUADRACEL – diph-tetanus-acell pert-polio, ipv vacc susp pref syr 0.5 mL
FLUMIST QUADRIVALENT – influenza virus vaccine live quadrivalent intranasal susp	RECOMBIVAX HB – hepatitis B vaccine (recombinant) susp 5 mcg/0.5 mL, 10 mcg/mL, 40 mcg/mL
FLUZONE HIGH-DOSE PF – influenza vac split high-dose quad pf susp pref syr 0.7 mL	RECOMBIVAX HB – hepatitis b vaccine (recombinant) susp pref syr 5 mcg/0.5ml, 10 mcg/ml
FLUZONE QUADRIVALENT – influenza virus vac split quadrivalent susp pref syr 0.5mL	ROTARIX – rotavirus vaccine, live for oral susp
FLUZONE QUADRIVALENT – influenza virus vaccine split quadrivalent im inj	ROTATEQ – rotavirus vaccine, live oral pentavalent soln
GARDASIL 9 – human papillomavirus (hvp) 9-valent recomb vac im susp	SHINGRIX – zoster vac recombinant adjuvanted for im inj 50 mcg/ 0.5 mL
GARDASIL 9 – human papillomavirus (HPV) 9-valent recomb vac susp pref syr	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE - covid-19 mrna vaccine-moderna im susp pref syr 50 mcg/0.5 ml
HAVRIX – hepatitis A vaccine inj susp 720 el unit/0.5 mL, 1440 el unit/mL	SPIKEVAX COVID-19 VACCINE – covid-19 (sars-cov-2) mrna vacc-moderna im susp 50 mcg/0.5 mL
HEPLISAV-B – hepatitis B vaccine recomb adjuvanted pref syr 20 mcg/ 0.5 mL	TDVAX – tetanus-diphtheria toxoids (td) inj 2-2 lf/0.5 mL
HIBERIX – haemophilus b polysaccharide conjugate vaccine for inj 10 mcg	TENIVAC – tetanus-diphtheria toxoids (td) inj 5-2 lfu
INFANRIX – diph, acellular pert & tet tox inj 25 lf-58 mcg-10 lf/0.5 mL	TRUMENBA – meningococcal group b vaccine (recomb) im susp prefilled syr
IPOL INACTIVATED IPV – poliovirus vaccine, ipv injection	TWINRIX – hep a-hep b vaccine susp pref syr 720-20 elu-mcg/mL
JYNNEOS – smallpox & monkeypox vac, live, non-replicating inj 0.5 mL	VAQTA – hepatitis A vaccine inj susp 25 unit/0.5 mL, 50 unit/mL
KINRIX – diph-tetanus-acell pert-polio, ipv vacc susp pref syr 0.5 mL	VARIVAX – varicella virus vac live for subcutaneous inj 1350 pfu/0.5 mL
M-M-R II – measles-mumps-rubella virus vaccines for inj soln	VAXELIS – diph-tet tox-ac pert ad-polio ipv-hib-hep b rec susp pre syr
MENQUADFI – meningococcal (a, c, y, and w-135) tetanus conjugate vaccine	VAXELIS – diph-tet tox-ac pert ad-polio ipv-hib-hepatitis b recomb susp
MENVEO – meningococcal (a, c, y, and w-135) oligo conj vac for inj	VAXNEUVANCE - pneumococcal 15-valent conjugate vaccine sus pref syr 0.5 mL

Medicamentos genéricos = **negritas**
Medicamentos de marca = MAYÚSCULAS

* Algunos de estos productos pueden estar incluidos en su cobertura médica si los proporciona un médico de la red de su cobertura.

** En cada período de beneficios, su cobertura incluye dos tratamientos de 90 días de medicamentos para dejar de fumar.

La cobertura para medicamentos varía según los términos y las condiciones de la póliza. Solo puede acudir a farmacias que participan en la red de vacunación para recibir vacunas incluidas en la cobertura. Para encontrar una farmacia de vacunación, visite espanol.bcbstx.com. Las coberturas sin derechos adquiridos podrían requerir recetas médicas para cubrir medicamentos sin incurrir en gastos compartidos. Las coberturas también podrían requerir que primero se pruebe un medicamento genérico antes que la versión de marca. Su médico puede presentar una exención de copago o una excepción de cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) (a menos que tenga una exclusión de beneficios) para los productos no incluidos en la lista de medicamentos recetados. Para acceder a la exención de copago o los formularios de excepción de cobertura para su médico, visite bcbstx.com/provider o myprime.com/es.html. Su médico también puede llamar al número en su tarjeta de asegurado para solicitar una revisión. Si cumple con los requisitos estipulados en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, tal vez no tenga que pagar gastos compartidos (sin deducible, copago o coaseguro). BCBSTX le comunicará a usted y a su médico la decisión tomada luego de recibir la solicitud. Si la solicitud es denegada, BCBSTX le comunicará a usted y a su médico los motivos del rechazo y le ofrecerá un medicamento alternativo, en caso de ser aplicable.

El propósito de esta información es meramente informativo. No constituye asesoramiento legal ni de ningún otro tipo y no debe servir de base para determinar cobertura. Las decisiones sobre tratamientos las toman conjuntamente el asegurado y su profesional médico. La cobertura siempre está sujeta a los términos y límites de la cobertura. Para obtener detalles sobre su cobertura, consulte los materiales de beneficios y servicios médicos o llame al número en su tarjeta de asegurado.

Las marcas de terceros son propiedad de sus respectivos dueños.

747456.0924

espanol.bcbstx.com