

**Planes Individuales  
y Familiares para 2026**



# **Lista de medicamentos anticonceptivos (métodos anticonceptivos)**

Vigencia: 1 de enero de 2026

**Se aplica a los siguientes estados:**

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



# Lista de medicamentos de farmacia

Su plan Individual y Familiar de UnitedHealthcare® cubre anticonceptivos (métodos anticonceptivos) sin costo para usted. Incluso si su plan tiene un deducible y usted no lo ha alcanzado, el costo compartido que debe pagar sigue siendo de \$0 cuando los obtiene en una farmacia de la red. Pueden aplicarse las reglas o los límites de cobertura correspondientes, como límites de cantidad.



## Anticonceptivos (métodos anticonceptivos) sin receta

Con su plan Individual y Familiar, los anticonceptivos (métodos anticonceptivos) sin receta están disponibles con un costo compartido de \$0. Solicite a su farmacia que presente un reclamo\* a UnitedHealthcare.

### Anticonceptivos de emergencia

|                        |
|------------------------|
| AFTERA TAB 1.5MG       |
| AFTERPILL TAB 1.5MG    |
| CURAE 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 |
|-------|

### Preservativos

|                    |
|--------------------|
| DISTINTAS OPCIONES |
|--------------------|

### Espermicidas

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

### Esponjas

|                  |
|------------------|
| TODAY SPONGE MIS |
|------------------|



## Anticonceptivos (métodos anticonceptivos) 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 |

### Anticonceptivos 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      |
| MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML |

### Espermicida

|            |
|------------|
| PHEXXI GEL |
|------------|



# Anticonceptivos (métodos anticonceptivos) con receta

## Píldora

|                           |                           |                           |                          |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| AFIRMELLE TAB 0.1-0.02    | ESTARYLLA TAB 0.25-35     | LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02 | PIMTREA TAB              |
| ALTAVERA TAB              | ETHY ETH EST TAB 1-35     | LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20   | PORTIA-28 TAB            |
| ALYACEN TAB 1/35          | ETHYNODIOL TAB 1-50       | LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO | RECLIPSEN TAB            |
| ALYACEN TAB 7/7/7         | FALMINA TAB               | LEVORA-28 TAB 0.15/30     | RIVELSA TAB              |
| AMETHIA TAB               | FAYOSIM TAB               | LO LOESTRIN TAB 1-10-10   | SETLAKIN TAB             |
| AMETHYST TAB 90-20MCG     | FEIRZA TAB 1/20           | LOJAIMIESS TAB            | SHAROBEL TAB 0.35MG      |
| APRI TAB                  | FEIRZA TAB 1.5/30         | LORYNA TAB 3-0.02MG       | SIMLIYA TAB 28 DAY       |
| ARANELLE TAB              | FEMLYV TAB 1/0.02MG       | LOW-OGESTREL TAB          | SIMPESSE TAB             |
| ASHLYNA TAB               | FINZALA CHW FE 1/20       | LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG | SLYND TAB 4MG            |
| AUBRA EQ TAB 0.1-0.02     | GEMMILY CAP 1/20          | LUTERA TAB                | SPRINTEC 28 TAB 28 DAY   |
| AUROVELA TAB 1.5/30       | HAILEY TAB 1.5/30         | LYLEQ TAB 0.35MG          | SRONYX TAB               |
| AUROVELA TAB 1/20         | HAILEY 24 TAB FE          | LYZA TAB 0.35MG           | SYEDA TAB 3-0.03MG       |
| AUROVELA 24 TAB FE 1/20   | HAILEY FE TAB 1.5/30      | MARLISSA TAB 0.15/30      | TARINA 24 FE TAB         |
| AUROVELA FE TAB 1.5/30    | HAILEY FE TAB 1/20        | MERZEE CAP 1/20           | TARINA FE TAB 1/20 EQ    |
| AUROVELA FE TAB 1/20      | HEATHER TAB 0.35MG        | MIBELAS 24 CHW FE         | TAYSOFY CAP 1/20         |
| AVIANE TAB                | ICLEVIA TAB               | MICROGESTIN TAB 1.5/30    | TILIA FE TAB             |
| AYUNA TAB                 | INCASSIA TAB 0.35MG       | MICROGESTIN TAB 1/20      | TRI-ESTARYLL TAB         |
| AZURETTE TAB              | INTROVALE TAB             | MICROGESTIN TAB FE 1/20   | TRI-LEGEST TAB FE        |
| BALZIVA TAB               | ISIBLOOM TAB              | MICROGESTIN TAB FE1.5/30  | TRI-LINYAH TAB           |
| BLISOVI 24 TAB FE 1/20    | JAIMIESS TAB              | MILI TAB 0.25/35          | TRI-LO TAB ESTARYLL      |
| BLISOVI FE TAB 1.5/30     | JASMIEL TAB 3-0.02MG      | MINZOYA TAB 0.1-20        | TRI-LO- TAB MARZIA       |
| BLISOVI FE TAB 1/20       | JENCYCLA TAB 0.35MG       | MONO-LINYAH TAB 0.25-35   | TRI-LO- TAB SPRINTEC     |
| BRIELLYN TAB              | JOLESSA TAB               | NECON TAB 0.5/35          | TRI-LO-MILI TAB          |
| CAMILA TAB 0.35MG         | JOYEAX TAB 0.1-20         | NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG  | TRI-MILI TAB             |
| CAMRESE TAB               | JULEBER TAB               | NIKKI TAB 3-0.02MG        | TRI-NYMYO TAB            |
| CAMRESE LO TAB            | JUNEL 1.5/30 TAB          | NOR/EST/FF TAB 1.5/30     | TRI-SPRINTEC TAB         |
| CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20  | JUNEL 1/20 TAB            | NORA-BE TAB 0.35MG        | TRIVORA-28 TAB           |
| CHATEAL EQ TAB 0.15/30    | JUNEL FE TAB 1.5/30       | NORE/ETH/FER CAP 1/20     | TRI-VYLIBRA TAB          |
| CRYSSELLE-28 TAB 28 TABS  | JUNEL FE TAB 1/20         | NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35 | TRI-VYLIBRA TAB LO       |
| CYRED TAB                 | JUNEL FE 24 TAB 1/20      | NORETH/ETHIN CHW FE       | TURQOZ TAB               |
| CYRED EQ TAB              | KAITLIB FE CHW            | NORETH/ETHIN CHW FE 1/20  | TYBLUME CHW 0.1-0.02     |
| DASETTA TAB 1/35          | KALLIGA TAB               | NORETH/ETHIN TAB 1.5/30   | TYDEMY TAB               |
| DASETTA TAB 7/7/7         | KARIVA TAB 28 DAY         | NORETH/ETHIN TAB 1/20     | VALTYA 1/50 TAB          |
| DAYSEE TAB                | KELNOR TAB 1/35           | NORETH/ETHIN TAB FE       | VELIVET PAK              |
| DEBLITANE TAB 0.35MG      | KELNOR 1/50 TAB           | NORETH/ETHIN TAB FE 1/20  | VESTURA TAB 3-0.02MG     |
| DELYLA TAB 0.1-0.02       | KURVELO TAB 0.15/30       | NORETHINDRON TAB 0.35MG   | VIENVA TAB 0.1-20        |
| DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO | LARIN TAB 1.5/30          | NORGEST/ETHI TAB 0.25/35  | VIORELE TAB              |
| DOLISHALE TAB 90-20MCG    | LARIN TAB 1/20            | NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO | VOLNEA TAB               |
| DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO | LARIN 24 TAB FE 1/20      | NORLYROC TAB 0.35MG       | VYFEMLA TAB 0.4-35       |
| DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG | LARIN FE TAB 1.5/30       | NORTREL TAB 0.5/35        | VYLIBRA TAB 0.25-35      |
| DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG | LARIN FE TAB 1/20         | NORTREL TAB 1/35          | WERA TAB 0.5/35          |
| DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV | LAYOLIS FE CHW            | NORTREL TAB 7/7/7         | WYMZYA FE CHW 0.4MG-35   |
| ELINEST TAB               | LEENA TAB                 | NYLIA TAB 1/35            | XARAH FE TAB             |
| EMZAHH TAB 0.35MG         | LESSINA TAB               | NYLIA TAB 7/7/7           | XELRIA FE CHW 0.4MG-35   |
| ENPRESSE-28 TAB           | LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG | NYMYO TAB 0.25-35         | ZOVIA 1/35 TAB           |
| ENSKYCE TAB               | LEVONEST TAB              | OCELLA TAB 3-0.03MG       | ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG |
| ERRIN TAB 0.35MG          | LEVONOR/ETHI TAB          | PHILITH TAB 0.4-35        |                          |

# Preguntas frecuentes



## ¿Qué anticonceptivos cubre mi plan Individual y Familiar de UnitedHealthcare?

Además de los anticonceptivos 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)
- Implante anticonceptivo (Nexplanon)
- Inyección (acetato de medroxiprogesterona)
- Esterilización quirúrgica femenina (ligadura de trompas)

Su plan Individual y Familiar también cubre la esterilización quirúrgica masculina (vasectomía), que puede estar sujeta al pago de un costo compartido por parte del miembro.



## ¿Qué sucede si mi medicamento no está cubierto?

Si su proveedor de atención médica (médico, personal de enfermería practicante, etc.) determina que necesita un medicamento que no está cubierto, puede informarnos que su medicamento es médicamente necesario y proporcionarnos información sobre su diagnóstico y su historial farmacológico:

- En línea: **[professionals.optumrx.com/prior-authorization](https://professionals.optumrx.com/prior-authorization)**
- **1-800-711-4555**

Si aprobamos su medicamento, y lo usa como anticonceptivo, pagará un costo compartido de \$0. Si lo usa para tratar otra afección, es posible que deba pagar un costo compartido.



**A su lado cuando  
más importa.**



## **¿Necesita más información sobre la cobertura y los costos de los medicamentos de su farmacia?**

Visite **[myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange)**. También puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Los proveedores de atención médica pueden visitar **[uhcprovider.com/exchange](https://uhcprovider.com/exchange)**.



\* En ciertas ocasiones, es posible que su farmacia le solicite que se comuniquen con su proveedor de atención médica para que le haga una receta.

Consulte siempre los materiales de su plan de beneficios para saber si los medicamentos están cubiertos y si debe pagar algún costo compartido. Cuando se observen diferencias, prevalecerán los documentos del plan de beneficios. Para ciertos medicamentos indicados en la Lista de Medicamentos Recetados, UnitedHealthcare limita la cantidad de medicamento que se surte por copago o durante un período determinado.

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

La cobertura del plan médico es ofrecida por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated en CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en 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 UnitedHealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.

© 2025 UnitedHealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

962801