

Medicamentos Alternativos Cubiertos

Su plan tiene una larga lista de medicamentos cubiertos, pero no cubre todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan pueden reemplazarse por medicamentos alternativos. Esta es una **lista parcial** de medicamentos que no están cubiertos y el medicamento alternativo cubierto.

Hable con su médico o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.

PDP Preferred

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Armodafinil	Modafinil – 4 (requiere preautorización)
Cialis 2.5mg y 5mg (BPH solamente)	Alfuzosin liberación prolongada – 2 Doxazosin – 2 Silodosin (Rapaflo genérico) – 3 Tamsulosin – 1
Dutasteride	Finasteride – 1
Farxiga	Invokana – 3 Jardiance – 3
Fluoxetine HCL tableta	Fluoxetine HCL cápsula – 2
Metformin HCL liberación prolongada (osmótico)	Metformin liberación prolongada (Glucophage XR genérico) – 1
Movantik	Lactulose solución – 2 Amitiza – 3
Nexium	Esomeprazole Magnesium (Nexium genérico) – 3 Lansoprazole 15mg y 30mg cápsula – 2 Omeprazole – 2 Pantoprazole tableta – 2
Novolin	Humulin – 3
Novolog	Humalog – 3
Otezla	Enbrel – 5 (requiere preautorización) Humira – 5 (requiere preautorización) Cosentyx – 5 (requiere preautorización)
Proventil HFA	Proair HFA – 3
Qvar Redihaler	Arnuity – 3 Flovent – 3
Ranexa	Ranolazine (Ranexa genérico) – 3
Rapaflo	Silodosin (Rapaflo genérico) – 3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Risedronate	Alendronate tableta – 1 Ibandronate tableta – 1 Binosto – 4
Temazepam 7.5mg y 22.5mg	Temazepam 15mg y 30mg
Tolterodine Tartrate liberación prolongada	Oxybutynin liberación prolongada – 2 Solifenacin – 3 Myrbetriq – 3
Travatan Z	Latanoprost – 2 Lumigan – 3
Tudorza Pressair	Incruse – 3 Spiriva – 3
Uloric	Allopurinol – 1
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada – 2
Ventolin HFA	Proair HFA – 3
Vesicare	Solifenacin (Vesicare genérico) – 3
Xopenex HFA	Proair HFA – 3
Zolpidem Tartrate liberación prolongada	Trazodone – 1 Zolpidem liberación inmediata – 2 Zaleplon – 3 Belsomra – 3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Saver Plus

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Advair	Breo Ellipta – 3 Symbicort – 3
Amitiza	Linzess – 3
Bystolic	Atenolol – 1 Bisoprolol – 2 Carvedilol tableta de liberación inmediata – 1 Metoprolol Succinate tableta – 1
Celecoxib	Meloxicam tableta – 1 Naproxen tableta de liberación inmediata – 2
Cialis 2.5mg y 5mg (BPH solamente)	Alfuzosin liberación prolongada – 2 Doxazosin – 2 Tamsulosin – 1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Dulera	Breo Ellipta – 3 Symbicort – 3
Effient	Clopidogrel 75mg tableta – 2 Brillinta – 4
Fluoxetine HCL tableta	Fluoxetine HCL cápsula – 2
Esomeprazole Magnesium	Omeprazole – 2 Pantoprazole tableta – 2
Eszopiclone	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta – 1 Zolpidem liberación inmediata – 2 Zaleplon – 3 Belsomra – 3
Fenofibrate	Fenofibrate 54mg y 160mg tableta – 2 Gemfibrozil – 2
Invokana	Farxiga – 3 Jardiance – 3
Janument y Janumet XR	Jentaduetto y Jentaduetto XR – 3 Kombiglyze y Kombiglyze XR – 3
Januvia	Onglyza – 3 Tradjenta – 3
Lansoprazole	Omeprazole – 2 Pantoprazole tableta – 2
Levemir	Lantus – 3 Toujeo – 3
Metformin HCL liberación prolongada (osmótico)	Metformin liberación prolongada (Glucophage XR genérico) – 1
Movantik	Lactulose solución – 2 Amitiza – 3
Nexium	Omeprazole – 2 Pantoprazole tableta – 2
Novolin	Humulin – 3
Novolog	Humalog – 3
Olmesartan	Losartan – 1 Irbesartan – 2 Valsartan – 2
Potassium Chloride cápsula de liberación prolongada	Potassium Chloride tableta de liberación prolongada – 2
Proair HFA	Ventolin HFA – 3
Proventil HFA	Ventolin HFA – 3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Quetiapine liberación prolongada	Quetiapine liberación inmediata
Qvar Redihaler	Arnuity – 3 Flovent – 3
Ranexa	Ranolazine (Ranexa genérico) – 3
Temazepam 7.5mg y 22.5mg	Temazepam 15mg y 30mg – 2
Travatan Z	Latanoprost – 1
Uloric	Allopurinol – 1
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada – 2
Vesicare	Solifenacin (Vesicare genérico) – 3
Zolpidem Tartrate liberación prolongada	Trazodone – 1 Zolpidem liberación inmediata – 2 Zaleplon – 3 Belsomra – 3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2019 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta. AARP y sus afiliadas no son aseguradoras. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.