

LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PLUS KANSAS PARA 2020



La Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020 se aplica a los planes vendidos en 2020 en Kansas, vigentes a partir del 1 de enero de 2020.

Esta portada es únicamente para los corredores. Deséchela si entregará la lista a los clientes.

Tenga en cuenta que: Los medicamentos cubiertos por el plan médico de IFP pueden ser diferentes de los cubiertos por planes colectivos. Para ver una lista completa de los medicamentos, consulte la lista de medicamentos específica de IFP disponible en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list).

Contigo paso a paso.®





LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PLUS KANSAS 2020

A partir del 1 de enero de 2020



Índice

Cómo comenzar

Acerca de su lista de medicamentos con receta	3
Cómo leer su lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Medicamentos de especialidad	35
Preguntas frecuentes sobre la lista de medicamentos con receta	37
Exclusiones y limitaciones para 2020	39

Consulte su lista de medicamentos en línea



Sitio web o aplicación myCigna®: Una vez que se registre, inicie sesión y haga clic en *Prescriptions* (Recetas). Luego, haga clic en *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos).



Cigna.com/ifp-drug-list: Seleccione su estado del menú desplegable y luego elija su método de búsqueda. Puede buscar por nombre de un medicamento o ver la lista de medicamentos completa.

¿Tiene preguntas?

Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Cigna o marque el **866.494.2111**. Estamos para servirle. Si es más fácil, también puede conversar con nosotros en línea en el sitio web **myCigna**, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

* La lista de medicamentos se creó originalmente el 21 de octubre de 2013

Última actualización: 1 de julio de 2019, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2020

Próxima actualización planificada: 1 de julio de 2020, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2021

Acerca de su lista de medicamentos con receta

Este documento muestra los medicamentos con receta cubiertos por la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020, que entrará en vigor el 1 de enero de 2020. Todos estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente por nombre del medicamento. **Si no encuentra un medicamento específico en este documento, inicie sesión en el sitio web o la aplicación myCigna para ver la lista de medicamentos más actualizada que cubre su plan.**

Cómo leer su lista de medicamentos

Use la tabla de ejemplo incluida abajo para comprender esta lista de medicamentos. **Este cuadro es solo un ejemplo.** Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020 realmente cubre estos medicamentos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
8-MOP	4	
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ABSORICA	4	QL
ACAMPROSATE CALCIUM	2	
ACARBOSE	2	
ACEBUTOLOL HCL	2	
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCOD 320.5	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE	2	
ACETASOL HC	2	
ACETAZOLAMIDE	2	
ACETIC ACID	2	
ACETIC ACID-ALUMINUM	2	
ACETYLCYSTEINE 10%, VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 20%, VIAL	2	
ACITRETIN	2	
ACYCLOVIR 200 MG, CÁPSULAS	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML, SUSP.	2	
ACYCLOVIR 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
ACYCLOVIR 5%, POMADA	2	
ACYCLOVIR 800 MG, COMPRIMIDOS	2	
ADAPALENE	2	AGE

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente

El **Nivel** (nivel de costo compartido) le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** en la sección Notas (o junto al nombre del medicamento en la sección Medicamentos de especialidad)

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020 realmente cubre estos medicamentos.

Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	(Medicamento con el costo más bajo) \$
Nivel 2: Medicamentos genéricos. Este nivel generalmente incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca de bajo costo. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.	(Medicamento de menor costo) \$\$
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	(Medicamento de costo medio) \$\$\$
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	(Medicamento de mayor costo) \$\$\$\$
Nivel 5: Medicamentos de especialidad y otros medicamentos de alto costo. Este nivel generalmente incluye medicamentos de especialidad y medicamentos genéricos y de marca de alto costo.	(Medicamento con el costo más alto) \$\$\$\$\$

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

Algunos medicamentos de su lista de medicamentos tienen requisitos adicionales antes de que su plan los cubra. Esto ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Encontrará una abreviatura al lado del nombre de estos medicamentos en la columna Notas (o junto al nombre del medicamento en la sección Medicamentos de especialidad) en la lista de medicamentos. Este es el significado de cada una de las abreviaturas.

PA	Autorización previa: Cigna revisará la información que proporcione su médico para asegurarse de que usted cumple con las pautas de cobertura del medicamento. Si se aprueba, su plan cubrirá el medicamento.
ST	Tratamiento escalonado: Es un programa de autorización previa. Algunos medicamentos de alto costo forman parte del programa de tratamiento escalonado. El programa de tratamiento escalonado le alienta a usar medicamentos de menor costo que pueden usarse para tratar la misma afección que el medicamento más costoso. Su plan no cubre el medicamento con tratamiento escalonado más costoso hasta que pruebe primero una o más alternativas (a menos que reciba la aprobación de Cigna).
QL	Límites a la cantidad: Para algunos medicamentos, su plan cubrirá solamente hasta una determinada cantidad y a lo largo de un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
AGE	Requisitos de edad: Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.
LDD	Medicamentos de distribución limitada: Solo están disponibles en farmacias específicas en los Estados Unidos y se usan para tratar afecciones que son sumamente difíciles de controlar. Estos medicamentos requieren una manipulación especial, asistencia al paciente y monitoreo.

Los medicamentos de especialidad están enumerados en la página 35

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar afecciones complejas, como la esclerosis múltiple, la hepatitis C y la artritis reumatoide. En esta lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad están enumerados en la página 35. **Su plan limita los medicamentos de especialidad a un suministro para 30 días.** Inicie sesión en el sitio web o la aplicación **myCigna**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos de especialidad.

Exclusiones del plan

Su plan excluye determinados tipos de medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Esto significa que su plan no cubre ningún medicamento con receta perteneciente a esa clase de medicamento o para tratar esa afección específica. Tampoco existe la opción de recibir cobertura a través de un proceso de revisión de medicamentos. Inicie sesión en el sitio web o la aplicación **myCigna**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan excluye su medicamento de la cobertura.

Cómo encontrar su medicamento

Use la tabla incluida abajo para encontrar la página en la que aparece su medicamento.

El nombre del medicamento empieza con la letra...	Página
A–B	6-10
C–D	10-15
E–G	15-18
H–J	18-19
K–L	19-22
M–N	22-25
O–P	25-28
Q–S	28-30
T–U	30-32
V–Z	32-34

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ACAMPROSATE	3	
ACARBOSE	2	
ACEBUTOLOL	2	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 120-12MG/5ML	2	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 300-30MG/12.5ML	2	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE- DIHYDROCODEINE 320.5MG-30MG- 16MG	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2	
ACETAZOLAMIDE	2	
ACETAZOLAMIDE ER	2	
ACETIC ACID	2	
ACETIC ACID-ALUMINUM	2	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
ACTHIB*	2	
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	2	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	2	
ADACEL TDAP*	2	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	2	AGE
ADAPALENE 0.1% LOTION	2	AGE
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	2	AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	AGE
ADEFOVIR DIPIVOXIL	4	
ADRENALIN	4	
AFEDITAB CR	2	
AFLURIA QUAD*	2	
AFTERA	4	
AK-POLY-BAC	2	
ALA-CORT 2.5% CREAM	1	
ALBENDAZOLE	4	
ALBUTEROL 0.63 MG/3 ML SOLUTION	2	
ALBUTEROL 1.25 MG/3 ML SOLUTION	2	
ALBUTEROL 2 MG TABLET	2	
ALBUTEROL 2 MG/5 ML SYRUP	2	
ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML SOLUTION	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
ALBUTEROL 2.5 MG/3 ML SOLUTION	1	
ALBUTEROL 4 MG TABLET	2	
ALBUTEROL 5 MG/ML SOLUTION	2	
ALBUTEROL ER 4 MG TABLET	2	
ALBUTEROL ER 8 MG TABLET	2	
ALCAINE	2	
ALCLOMETASONE	2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	3	
ALCOHOL PADS	3	
ALCOHOL PREP PADS	3	
ALCOHOL SWAB	3	
ALCOHOL SWABS	3	
ALCOHOL WIPES	3	
ALDACTAZIDE	4	
ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 40 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 70 MG TABLET	2	
ALENDRONATE 70 MG/75 ML	2	
ALFUZOSIN ER	2	
ALINIA	4	
ALISKIREN	4	QL
ALLOPURINOL	1	
ALMOTRIPTAN	2	QL
ALOCRIIL	4	
ALOGLIPTIN	2	QL
ALOGLIPTIN-METFORMIN	2	QL
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	2	QL
ALOMIDE	4	
ALOSETRON	4	
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ALPRAZOLAM ODT	2	
ALPRAZOLAM XR	2	
ALTABAX	4	
ALTACAINA	2	
ALTAVERA	1	
ALYACEN	1	
AMABELZ	2	
AMANTADINE	2	
AMCINONIDE	2	
AMETHIA	1	
AMETHIA LO	1	
AMETHYST	1	
AMILORIDE	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
AMILORIDE-HCTZ	2		AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER	2	
AMINOCAPROIC ACID	4		AMPHETAMINE	2	
AMIODARONE 100 MG TABLET	2		AMPICILLIN	2	
AMIODARONE 200 MG TABLET	2		ANADROL-50	4	PA
AMIODARONE 400 MG TABLET	2		ANAGRELIDE	4	
AMITIZA	4		ANALPRAM HC	4	
AMITRIPTYLINE	1		ANASTROZOLE	2	
AMLODIPINE	2		ANDROXY	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN	2		ANORO ELLIPTA	3	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL	2		ANUCORT-HC	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN	2		APEXICON E	4	
AMLODIPINE-VALSARTAN	2		APIDRA	4	ST, QL
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ	2		APIDRA SOLOSTAR	4	ST, QL
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2		APRACLONIDINE	2	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2		APREPITANT	2	QL
AMNESTEEM	4	QL	APRI	1	
AMOXAPINE	2		APRISO	3	
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1		APTIOM	4	PA, QL
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIVUS	3	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQUA CARE SODIUM CHLORIDE	2	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	1		ARANELLE	1	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARCAPTA NEOHALER	4	ST
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE	2	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		ARIPIPRAZOLE ODT	2	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		ARMODAFINIL	2	PA
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		ARMOUR THYROID	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	2		ARNUITY ELLIPTA	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		ASCOMP WITH CODEINE	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	2		ASHLYNA	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		ASMANEX	4	ST
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	2		ASMANEX HFA	4	ST
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2		ASPIRIN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	2		ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2		ATAZANAVIR	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	2		ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
			ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
			ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
			ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25	1	
			ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25	1	
			ATOMOXETINE	2	
			ATORVASTATIN 10 MG TABLET	2	
			ATORVASTATIN 20 MG TABLET	2	
			ATORVASTATIN 40 MG TABLET	2	
			ATORVASTATIN 80 MG TABLET	2	
			ATOVAQUONE	4	
			ATOVAQUONE-PROGUANIL	2	
			ATRIPLA	3	
			ATROPINE 1% EYE DROPS	2	
			ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
AUBRA	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	3	
AUBRA EQ	1		BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	3	
AUROVELA 21 1.5-30 TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3	
AUROVELA 24 FE	1		BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	3	
AUROVELA FE	1		BD FILTER NEEDLE	3	
AVANDIA	4		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29GX12.7MM	3	
AVIANE	1		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	3	
AZASITE	4		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28GX1/2"	3	
AZATHIOPRINE	2		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX1/2"	3	
AZELAIC ACID	2		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX12.7MM	3	
AZELASTINE	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX1"	3	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX5/8"	3	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26GX1/2"	3	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX5/8"	3	
AZOPT	3		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2"	3	
AZURETTE	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX1/2"	3	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OPHTHALMIC	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX12.7MM	3	
BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2		BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MMX31G	3	
BACLOFEN 10 MG TABLET	1		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 8MMX31G	3	
BACLOFEN 20 MG TABLET	1		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 8MMX31G	3	
BACLOFEN 5 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 12.7MMX30G	3	
BAL-CARE DHA	1		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3ML 12.7MMX30G	3	
BALCOLTRA	4		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5ML 12.7MMX30G	3	
BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	2		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 8MMX31G	3	
BALZIVA	1		BD INTEGRA NEEDLE 25G X 5/8"	3	
BANZEL	4	QL	BD INTEGRA RETRACTING NEEDLE 23GX1"	3	
BASAGLAR KWIKPEN U-100	3	QL	BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 18GX1-1/2"	3		BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3	
BD 3 ML SYRINGE 20GX1-1/2"	3		BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1-1/2"	3		BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1"	3		BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3		BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
BD AUTOSHIELD DUO NEEDLE 5MMX30G	3		BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3	
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3		BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	3		BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3		BD NEEDLE 21GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	3				

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5ML	3	
BD NEEDLE 22GX3/4"	3		13MMX29G		
BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML	3	
BD NEEDLE 23GX1"	3		13MMX29G		
BD NEEDLE 25GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML	3	
BD NEEDLE 25GX5/8"	3		6MMX31G		
BD NEEDLE 26GX0.625"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLES 16GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3	
BD NEEDLES 16GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3	
BD NEEDLES 18GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		6MMX32G		
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		5MMX31G		
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	3	
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		4MMX32G		
BD NEEDLES 23GX1.25"	3		BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	3	
BD NEEDLES 25GX0.625"	3		12.7MMX29G		
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	3	
BD NEEDLES 25GX1.5"	3		8MMX31G		
BD NEEDLES 26GX0.375"	3		BD VEO INSULIN 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 26GX0.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
BD NEEDLES 27GX0.5"	3		6MMX31G		
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
BD NEEDLES 30GX0.5"	3		6MMX31G		
BD NEEDLES 30GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3		6MMX31G		
BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3		BEKYREE	1	
BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD PRECISIONGLIDE 27GX1-1/2"	3		BENAZEPRIL 10 MG TABLET	1	
NEEDLE			BENAZEPRIL 20 MG TABLET	1	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3		BENAZEPRIL 40 MG TABLET	1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3		BENAZEPRIL 5 MG TABLET	1	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3		BENAZEPRIL-HCTZ	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML	3		BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2	
6MMX31G			BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML	3		BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2	
8MMX31G			BENZTROPINE 1 MG TABLET	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3ML	3		BENZTROPINE 2 MG TABLET	2	
13MMX29G			BEPREVE	4	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML	3		BESER	2	
6MMX31G			BESIVANCE	4	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML	3		BETADINE	4	
8MMX30G			BETAMETHASONE	2	
			BETAMETHASONE DIPROPIONATE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED	2		BUPRENORPHINE-NALOXONE 4-1 MG SL FILM	2	
BETAXOLOL	2		BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG SL	2	
BETHANECHOL	2		BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG SL FILM	2	
BEXAROTENE	4	PA	BUPROPION	2	QL
BEXSERO*	2		BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL
BEYAZ	3		BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL
BICALUTAMIDE	2		BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL
BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL	BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL
BINOSTO	4		BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL
BISOPROLOL	2		BUSPIRONE 10 MG TABLET	2	
BISOPROLOL-HCTZ	1		BUSPIRONE 15 MG TABLET	2	
BLISOVI 24 FE	1		BUSPIRONE 30 MG TABLET	2	
BLISOVI FE	1		BUSPIRONE 5 MG TABLET	2	
BOOSTRIX TDAP*	2		BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2	
BREO ELLIPTA	3		BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE #3	2	
BRIELLYN	1		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325	2	
BRILINTA	4		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE	2	QL
BRIMONIDINE	2		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE	2	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40	2	QL
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	2	QL
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	BUTALBITAL-CAFFEINE-ACETAMINOPHEN-CODEINE	2	
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	BUTISOL	4	
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	BUTORPHANOL 10 MG/ML SPRAY	2	QL
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	BYDUREON	3	QL
BROMFED DM	2		BYDUREON BCISE	3	QL
BROMFENAC	2		BYDUREON PEN	3	QL
BROMOCRIPTINE	2		BYETTA	3	QL
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM	2		BYSTOLIC	4	QL
BROVANA	4		C-NATE DHA	1	
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML SUSPENSION	4		CABERGOLINE	2	QL
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML SUSPENSION	4		CAFFEINE 60 MG/3 ML ORAL	2	
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4		CALCIPOTRIENE	2	
BUDESONIDE 32 MCG NASAL SPRAY	2		CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE	4	
BUDESONIDE EC	4		CALCITONIN-SALMON	2	
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	1		CALCITRENE	2	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	1		CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	1		CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
BUPRENORPHINE 2 MG TABLET SL	2		CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	2	
BUPRENORPHINE 8 MG TABLET SL	2		CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL
BUPRENORPHINE PATCH	2	QL	CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 12-3 MG SL FILM	2		CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG SL	2		CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG SL FILM	2		CAMBIA	4	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
CAMILA	1		CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1	
CAMRESE	1		CEPHALEXIN 250 MG TABLET	1	
CAMRESE LO	1		CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CANDESARTAN	2		CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1	
CANDESARTAN-HCTZ	2		CEPHALEXIN 500 MG TABLET	1	
CAPECITABINE	4		CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2	
CAPTOPRIL	1		CESAMET	4	
CAPTOPRIL-HCTZ	2	QL	CETIRIZINE 1 MG/ML SOLUTION	2	
CARBAGLU	4	PA	CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2	
CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	1		CEVIMELINE	2	
CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHANTIX	3	
CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	1		CHATEAL	1	
CARBAMAZEPINE ER	2		CHATEAL EQ	1	
CARBIDOPA	4		CHEMET	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA	2		CHENODAL	4	LDD
CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2		CHLORDIAZEPOXIDE	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE	2	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM	2	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2		CHLORHEXIDINE 0.12% RINSE	2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3		CHLOROQUINE	2	
CARISOPRODOL	2		CHLOROTHIAZIDE	2	
CARISOPRODOL COMPOUND	2		CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL COMPOUND-CODEINE	2		CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN	2		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE	2		CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	2	
CARNITOR SF	4		CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	2	
CARTEOLOL	2		CHLORPROPAMIDE	1	
CARTIA XT	2		CHLORTHALIDONE	2	
CARVEDILOL	1		CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CAZIAN	1		CHOLESTYRAMINE	2	
CEFACLOR	2		CHOLESTYRAMINE LIGHT	2	
CEFACLOR ER	2		CHOLINE MAGNESIUM TRISALICYLATE	2	
CEFADROXIL	2		CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	2	PA
CEFDINIR	2		CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CEFDITOREN PIVOXIL	2		CICLODAN 8% SOLUTION	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3		CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CEFPODOXIME	2		CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CEFPROZIL	2		CICLOPIROX 8% SOLUTION	2	
CEFTIBUTEN	2		CILOSTAZOL	2	
CEFUROXIME	2		CILOXAN	4	
CELECOXIB	2	QL	CIMETIDINE 200 MG TABLET	1	
CELONTIN	4		CIMETIDINE 300 MG TABLET	1	
CENTERGY	2		CIMETIDINE 300 MG/5 ML SOLUTION	2	
CENTERGY DM	2		CIMETIDINE 400 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CIMETIDINE 800 MG TABLET	1	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
CIPRO HC	4		CLONAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
CIPRODEX	4		CLONAZEPAM 1 MG DIS TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLUTION	2		CLONAZEPAM 1 MG ODT	2	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROP	2		CLONAZEPAM 1 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	1		CLONAZEPAM 2 MG ODT	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLONAZEPAM 2 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLONIDINE	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLONIDINE 0.1 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLONIDINE 0.2 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLONIDINE 0.3 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN ER	2		CLONIDINE ER	2	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML SOLUTION	2	QL	CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	2	
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CLORAZEPATE	2	
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	CLORPRES	2	
CLARAVIS	4	QL	CLOTRIMAZOLE 1% CREAM	2	
CLARITHROMYCIN	2		CLOTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2	
CLARITHROMYCIN ER	2		CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2	
CLEMASTINE	2		CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE CREAM	2	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2		CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE LOTION	2	
CLINDACIN P	2		CLOZAPINE	2	
CLINDAMYCIN	2		CLOZAPINE ODT	4	
CLINDAMYCIN 1% FOAM	2		COARTEM	4	QL
CLINDAMYCIN 1% GEL	2		CODEINE	2	
CLINDAMYCIN 1% LOTION	2		COLCHICINE	2	
CLINDAMYCIN 1% PLEDGET	2		COLESEVELAM	2	
CLINDAMYCIN 1% SOLUTION	2		COLESTIPOL	2	
CLINDAMYCIN 150 MG CAPSULE	2		COLOCORT	2	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2		COLY-MYCIN S	4	
CLINDAMYCIN 300 MG CAPSULE	2		COMBIGAN	4	
CLINDAMYCIN 75 MG CAPSULE	2		COMPLERA	3	
CLINDAMYCIN PEDIATRIC 75 MG/5 ML	2		COMPLETE NATAL DHA	1	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2		COMPLETENATE	1	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5%	2		COMPRO	2	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN	2		CONSTULOSE	2	
CLINDESSE	4		CORDRAN	4	
CLOBETASOL	2		COREMINO	2	
CLOBETASOL EMOLLIENT	2		CORMAX	2	
CLOBETASOL EMULSION	2		CORTISONE	2	
CLOCORTOLONE	2		CORTISPORIN	4	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2		COVARYX	2	
CLOMIPRAMINE	4		COVARYX H.S.	2	
CLONAZEPAM 0.125 MG DIS TABLET	2		CREON	4	
CLONAZEPAM 0.125 MG ODT	2		CRIVAN	3	
CLONAZEPAM 0.25 MG ODT	2		CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG DIS TABLET	2		CROMOLYN 20 MG/2 ML NEBULIZER SOLUTION	2	QL
CLONAZEPAM 0.5 MG ODT	2				

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
CROMOLYN 4% EYE DROPS	2		DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML SPRAY	2	
CROTAN	3		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
CRYSSELLE	1		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL/ ETHINYL ESTRADIOL	1	
CUPRIMINE	4		DESONIDE	2	
CURITY ALCOHOL PREPS	3		DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	3		DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2	
CYANOCOBALAMIN INJECTION	2		DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
CYCLAFEM	1		DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2	
CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1		DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1		DESVENLAFAXINE ER	2	QL
CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG TABLET	3		DEXAMETHASONE	1	
CYCLOMYDRIL	4		DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROP	2	
CYCLOPENTOLATE	2		DEXAMETHASONE INTENSOL	1	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3		DEXCOM G6 SENSOR	3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3		DEXILANT	4	ST, QL
CYCLOSERINE	2		DEXMETHYLPHENIDATE	2	
CYCLOSET	4		DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
CYCLOSPORINE MODIFIED	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL
CYRED	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL
CYRED EQ	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
CYSTARAN	4	QL, LDD	DEXTROAMPHETAMINE	2	
CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2		DEXTROAMPHETAMINE ER	2	QL
DALIRESP	4	QL	DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	
DANAZOL	2		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	2	
DANTROLENE	2		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 15 MG TABLET	2	
DAPSONE	4		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 20 MG TABLET	2	
DAPTACEL DTAP*	2		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 30 MG TABLET	2	
DARAPRIM	4	PA	DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	
DARIFENACIN ER	2		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	2	
DASETTA	1		DEXTROAMPHETAMINE- AMPHETAMINE ER	2	QL
DAYSEE	1		DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DEBLITANE	1				
DECADRON 0.5 MG/5 ML ELIXIR	1				
DELYLA	1				
DEMECLOCYCLINE	2				
DEMSER	4				
DENTA 5000 PLUS	2				
DENTAGEL	2				
DEPEN	4				
DESCOVY	3				
DESIPRAMINE	2				
DES Loratadine	2	QL			
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2				
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	2				
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2				
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2				

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
DIAZEPAM 10 MG TABLET	2	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	2	
DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DICLOFENAC	2	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2	
DICLOFENAC 1% GEL	2	QL
DICLOFENAC DR 25 MG TABLET	2	
DICLOFENAC DR 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC DR 75 MG TABLET	2	
DICLOFENAC EC 25 MG TABLET	2	
DICLOFENAC EC 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC EC 75 MG TABLET	2	
DICLOFENAC EPOLAMINE	4	QL
DICLOFENAC ER	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL	2	
DICLOXACILLIN	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	1	
DIDANOSINE	2	
DIFICID	4	PA, QL
DIFLORASONE	4	
DIFLUNISAL	2	
DIGITEK	1	
DIGOX	1	
DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION	2	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	1	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	1	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	1	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	1	
DIHYDROERGOTAMINE	4	QL
DILATRATE-SR	4	
DILT-XR	2	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 12HR ER	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER (LA)	2	
DILTIAZEM 24HR ER (XR)	2	
DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIPENTUM	4	
DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML	2	
DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED*	1	
DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DISOPYRAMIDE	2	
DISULFIRAM	2	
DIVALPROEX	2	
DIVALPROEX ER	2	
DOFETILIDE	4	QL
DONEPEZIL	2	
DONEPEZIL ODT	2	
DORZOLAMIDE	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2	
DOTHELLE DHA	1	
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	1	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 5% CREAM	4	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2	
DOXYCYCLINE 100 MG CAPSULE	2	
DOXYCYCLINE 100 MG TABLET	2	
DOXYCYCLINE 20 MG TABLET	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
DOXYCYCLINE 50 MG CAPSULE	2		ENPRESSE	1	
DOXYCYCLINE DR 100 MG TABLET	2		ENSKYCE	1	
DOXYCYCLINE DR 150 MG TABLET	2		ENTACAPONE	2	
DOXYCYCLINE DR 200 MG TABLET	2		ENTECAVIR	4	
DOXYCYCLINE DR 50 MG TABLET	2		ENTRESTO	3	PA
DOXYCYCLINE DR 75 MG TABLET	2		ENULOSE	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE	2		EPIFOAM	4	
DRONABINOL	4		EPINASTINE	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1		EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL- LEVOMEFOLATE	1		EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
DUAVEE	4		EPITOL	1	
DULOXETINE	2	QL	EPLERENONE	2	
DUREZOL	4		EPROSARTAN	2	
DUTASTERIDE	2		ERGOLOID MESYLATES	1	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2		ERRIN	1	
DYMISTA	4		ERTACZO	4	
DYRENIUM	4		ERY	2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3		ERYTHROCIN	2	
EC-NAPROXEN	1		ERYTHROMYCIN	2	
ECONAZOLE	2		ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	2	
ECONTRA EZ	4		ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2	
ED-SPAZ	1		ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	2	QL
EDARBI	4	ST, QL	ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	2	QL
EDARBYCLOR	4	ST, QL	ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	2	QL
EDURANT	3		ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML	2	QL
EEMT	2		ESOMEPRAZOLE	2	QL
EEMT H.S.	2		ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
EFAVIRENZ	2		ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
EFFER-K	4		ESTARYLLA	1	
ELETRIPTAN	2	QL	ESTAZOLAM	2	
ELINEST	1		ESTRADIOL 0.025 MG PATCH	2	QL
ELIPHOS	2		ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH	2	QL
ELITE OB DHA	1		ESTRADIOL 0.0375 MG/DAY PATCH	2	
ELITE-OB	1		ESTRADIOL 0.05 MG PATCH	2	QL
ELITE-OB 400	1		ESTRADIOL 0.06 MG/DAY PATCH	2	
ELLA	4		ESTRADIOL 0.075 MG PATCH	2	QL
ELMIRON	4		ESTRADIOL 0.075 MG/DAY PATCH	2	
EMADINE	4		ESTRADIOL 0.1 MG PATCH	2	QL
EMOQUETTE 28 DAY TABLET	1		ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
EMSAM	4	QL	ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
EMTRIVA	3		ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL
EMVERM	4		ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ENALAPRIL	1		ESTRADIOL TDS 0.025 MG/DAY	2	
ENALAPRIL-HCTZ	2		ESTRADIOL TDS 0.0375 MG/DAY	2	
ENDOCET	2		ESTRADIOL TDS 0.05 MG/DAY	2	
ENDOMETRIN	4	PA	ESTRADIOL TDS 0.06 MG/DAY	2	
ENGERIX-B*	2		ESTRADIOL TDS 0.075 MG/DAY	2	
ENLYTE	4		ESTRADIOL TDS 0.1 MG/DAY	2	
ENOXAPARIN	4	QL	ESTRADIOL-NORETHINDRONE	2	
			ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
ESTROPIPATE	2	
ESTROSTEP FE	4	
ESZOPICLONE	2	
ETHAMBUTOL	2	
ETHOSUXIMIDE	2	
ETHYL CHLORIDE	2	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
ETIDRONATE	2	
ETODOLAC	2	
ETODOLAC ER	2	
ETOPOSIDE	4	
EURAX	4	
EUTHYROX	4	
EVOTAZ	3	
EXEMESTANE	2	
EXTRA-VIRT PLUS DHA	1	
EZETIMIBE	2	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN	2	
FACTIVE	4	
FALLBACK SOLO	4	
FALMINA	1	
FAMCICLOVIR	2	
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2	
FANAPT	4	ST, QL
FARXIGA	3	QL
FAYOSIM	1	
FELBAMATE	4	
FELODIPINE ER	2	
FEM PH	2	
FEMYNOR	1	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRIC ACID	2	
FENOPROFEN 600 MG TABLET	2	
FENTANYL	2	PA
FENTANYL OTFC 1,200 MCG	4	PA
FENTANYL OTFC 1,600 MCG	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
FENTANYL OTFC 200 MCG	4	PA
FENTANYL OTFC 400 MCG	4	PA
FENTANYL OTFC 600 MCG	4	PA
FENTANYL OTFC 800 MCG	4	PA
FERRIPROX	4	LDD
FETZIMA	4	ST, QL
FEXOFENADINE 180 MG TABLET	2	
FEXOFENADINE 30 MG TABLET	2	
FEXOFENADINE 60 MG TABLET	2	
FIFTY50 ALCOHOL PREP PADS	3	
FINACEA	4	
FINASTERIDE 5 MG TABLET	2	
FIORICET	2	QL
FLAC OTIC OIL	2	
FLAVOXATE	2	
FLECAINIDE	2	
FLOVENT DISKUS	3	
FLOVENT HFA	3	
FLUAD*	2	
FLUARIX QUAD*	2	
FLUBLOK QUAD*	2	
FLUCELVAX QUAD*	2	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML SUSPENSION	2	
FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	2	
FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	2	
FLUCYTOSINE	4	
FLUDROCORTISONE	2	
FLULAVAL QUAD*	2	
FLUNISOLIDE	2	
FLUOCINOLONE	2	
FLUOCINOLONE OIL	2	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	2	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	2	
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	2	
FLUOCINONIDE 0.05% SOLUTION	2	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	2	
FLUOCINONIDE-E	2	
FLUORABON	2	
FLUORIDE	2	
FLUORIDEX	2	
FLUORITAB	2	
FLUOROMETHOLONE	2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	2	
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOROURACIL 5% CREAM	2	
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
FLUOXETINE 10 MG TABLET	1	QL
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG TABLET	1	QL
FLUOXETINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	QL
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 60 MG TABLET	1	QL
FLUOXETINE DR	2	QL
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML CONCENTRATE	2	
FLURA-DROPS	2	
FLURANDRENOLIDE	4	
FLURAZEPAM	2	
FLURBIPROFEN EYE DROP	2	
FLURBIPROFEN TABLET	2	
FLUTAMIDE	2	
FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLUTICASONE 0.05% LOTION	2	
FLUTICASONE 50 MCG SPRAY	2	
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	2	
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	2	
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	2	
FLUVASTATIN	2	
FLUVASTATIN ER	2	
FLUVOXAMINE	2	QL
FLUVOXAMINE ER	2	QL
FLUZONE HIGH-DOSE*	2	
FLUZONE QUAD PEDI*	2	
FLUZONE QUAD*	2	
FOCALGIN 90 DHA	1	
FOCALGIN CA	1	
FOLIC ACID 1 MG TABLET	2	
FOLIVANE-OB	1	
FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRUP	4	QL
FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRUP	4	QL
FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRUP	4	QL
FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRUP	4	QL
FORMA-RAY	4	
FORMADON	2	
FORMALDEHYDE	2	
FOSAMPRENAVIR	2	
FOSINOPRIL	1	
FOSINOPRIL-HCTZ	2	
FOSRENOL	4	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
FROVATRIPTAN	2	QL
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FYAVOLV	2	
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	QL
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	QL
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	QL
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	QL
GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 250 MG/5 ML SOLUTION	2	
GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 300 MG/6 ML SOLUTION	2	
GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 600 MG TABLET	2	
GABAPENTIN 800 MG TABLET	2	
GALANTAMINE	2	
GALANTAMINE 12 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 4 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 8 MG TABLET	2	
GALANTAMINE ER	2	QL
GALZIN	4	
GARDASIL 9*	2	
GATIFLOXACIN	2	
GAVILYTE-C	2	
GAVILYTE-G	2	
GAVILYTE-H AND BISACODYL	2	
GAVILYTE-N	2	
GEMFIBROZIL	2	
GENERESS FE	4	
GENERLAC	2	
GENGRAF	2	
GENTAK	2	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE OINTMENT	2	
GENTAMICIN 3 MG/ML EYE DROP	2	
GENVOYA	3	
GIANVI	1	
GILDAGIA	1	
GLEOSTINE	4	
GLIMEPIRIDE	1	
GLIPIZIDE	1	
GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE XL	1	
GLIPIZIDE-METFORMIN	2	
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	3	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	QL
GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GLYBURIDE MICRONIZED	1	
GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG	2	
GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG	2	
GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG	2	
GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
GLYDO	2	
GRANISETRON	4	
GRISEOFULVIN	2	
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE	2	
GUANFACINE	1	
GUANFACINE ER	2	
GUANIDINE	2	
GYNAZOLE 1	2	
HAILEY 24 FE	1	
HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
HALOG	4	
HALOPERIDOL	2	
HALOPERIDOL 2 MG/ML CONCENTRATE	2	
HAVRIX*	2	
HEATHER	1	
HEMENATAL OB	1	
HEMENATAL OB + DHA	1	
HEMMOREX-HC	2	
HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B*	2	
HIBERIX*	2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	3	
HOMATROPAIRE	2	
HOMATROPINE	2	
HUMALOG	3	QL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL
HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL
HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL
HUMALOG MIX 50-50	3	QL
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL
HUMALOG MIX 75-25	3	QL
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL
HUMULIN 70-30	3	QL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
HUMULIN N	3	QL
HUMULIN N KWIKPEN	3	QL
HUMULIN R	3	QL
HUMULIN R U-500	3	QL
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE	1	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-108MG/5	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-217MG/10	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-300 MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325MG	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325MG/15	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2	
HYDROCODONE-HOMATROPINE	2	QL
HYDROCODONE-IBUPROFEN	2	
HYDROCORT-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2	
HYDROCORT-PRAMOXINE 2.5%-1% CREAM	2	
HYDROCORTISONE 1% CREAM	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 25 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCORTISONE 30 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE	2	
HYDROCORTISONE VALERATE	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID	2		INTROVALE	1	
HYDROMET	2	QL	IODOSORB	2	
HYDROMORPHONE 1 MG/ML SOLUTION	2		IPOL*	2	
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2		IPRATROPIUM 0.02% SOLUTION	1	
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2		IPRATROPIUM 0.03% SPRAY	2	
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2		IPRATROPIUM 0.06% SPRAY	2	
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2	
HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2		IRBESARTAN	2	
HYDROMORPHONE ER	2		IRBESARTAN-HCTZ	2	
HYDROXYCHLOROQUINE	2		ISENTRESS	3	
HYDROXYUREA	2		ISENTRESS HD	3	
HYDROXYZINE	2		ISIBLOOM	1	
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2		ISOCHRON	2	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		ISONIAZID 100 MG TABLET	1	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2		ISONIAZID 300 MG TABLET	1	
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2		ISONIAZID 50 MG/5 ML SOLUTION	2	
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2		ISOSORBIDE DINITRATE	2	
HYOPHEN	2		ISOSORBIDE DINITRATE ER	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT	1		ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET SL	1		ISOTRETINOIN	4	QL
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2		ISOXSUPRINE	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML DROP	2		ISRADIPINE	2	
HYOSCYAMINE ER	1		ITRACONAZOLE	3	
HYOSCYAMINE SR	1		IV ANTISEPTIC WIPES	3	
HYOSYNE	2		IV PREP WIPES	3	
IBANDRONATE 150 MG TABLET	2		IVERMECTIN	2	
IBU	1		JANTOVEN	1	
IBUDONE	2		JASMIEL	1	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1		JENCYCLA	1	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1		JEVANTIQUE LO	2	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1		JINTELI	2	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1		JOLESSA	1	
ILEVRO	4		JOLIVETTE	1	
IMATINIB	4	PA	JULEBER	1	
IMIPRAMINE	2		JULUCA	4	
IMIPRAMINE PAMOATE	2		JUNEL	1	
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		JUNEL FE	1	
INCASSIA	1		JUNEL FE 24	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	3		K-PHOS NO.2	4	
INCRUSE ELLIPTA	3		K-PHOS ORIGINAL	4	
INDAPAMIDE 1.25 MG TABLET	1		K-TAB ER 8 MEQ TABLET	2	
INDAPAMIDE 2.5 MG TABLET	1		KAITLIB FE	1	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		KALETRA 100-25 MG TABLET	3	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2		KALETRA 200-50 MG TABLET	3	
INDOMETHACIN ER	2		KARIVA	1	
INFANRIX DTAP*	2		KELNOR 1-35	1	
INTELENCE	3		KELNOR 1-50	1	
			KETEK	4	
			KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
KETOCONAZOLE 2% FOAM	2		LAMIVUDINE HBV	2	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2		LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2		LAMOTRIGINE (BLUE)	2	
KETOPROFEN	2		LAMOTRIGINE (GREEN)	2	
KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE (ORANGE)	2	
KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	2	
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	2	
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE 25 MG DISPER TABLET	2	
KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	2	
KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL	LAMOTRIGINE 5 MG DISPER TABLET	2	
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAMOTRIGINE ER	2	
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT	2	
KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2	
KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2	
KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2	
KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL	LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2	
KIMIDESS	1		LANTHANUM CARBONATE	4	
KINRIX*	2		LARIN	1	
KIONEX	2		LARIN 24 FE	1	
KLOR-CON 10	2		LARIN FE	1	
KLOR-CON 20 MEQ PACKET	2		LARISSIA	1	
KLOR-CON 25 MEQ PACKET	4		LASTACAPT	4	
KLOR-CON 8	2		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
KLOR-CON M10	2		LATUDA	4	ST, QL
KLOR-CON M15	4		LAYOLIS FE	4	
KLOR-CON M20	2		LEENA	1	
KLOR-CON SPRINKLE	2		LEFLUNOMIDE	2	
KOMBIGLYZE XR	3	QL	LESSINA	1	
KRISTALOSE	4		LETROZOLE	2	
KRO ALCOHOL 70% PREP PADS	3		LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
KURVELO	1		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
LABETALOL 100 MG TABLET	2		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	
LABETALOL 200 MG TABLET	2		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
LABETALOL 300 MG TABLET	2		LEUKERAN	4	
LACRISERT	4		LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KIT	4	PA
LACTULOSE 10 GM PACKET	4		LEVALBUTEROL	2	
LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2		LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2	
LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2		LEVALBUTEROL HFA	2	
LAMICTAL XR (BLUE)	4		LEVATOL	4	
LAMICTAL XR (GREEN)	4		LEVEMIR	4	ST, QL
LAMICTAL XR (ORANGE)	4		LEVEMIR FLEXTOUCH	4	ST, QL
LAMIVUDINE	2		LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
			LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2	
			LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
			LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML SOLUTION	2		LIDOCAINE-HYRDOCORTISONE 3-2.5% GEL	2	
LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2		LIDOCAINE-PRILOCAINE	2	
LEVETIRACETAM ER	2		LILLOW	1	
LEVOBUNOLOL	2		LINDANE	2	
LEVOCARNITINE 1 G/10 ML SOLUTION	2		LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	4	PA
LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2		LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML SOLUTION	2		LINZESS	4	
LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2		LIOTHYRONINE 25 MCG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		LIOTHYRONINE 5 MCG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	2		LIOTHYRONINE 50 MCG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2		LISINOPRIL 10 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 250 MG/10 ML SOLUTION	2		LISINOPRIL 2.5 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2		LISINOPRIL 20 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 500 MG/20 ML SOLUTION	2		LISINOPRIL 30 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2		LISINOPRIL 40 MG TABLET	1	
LEVOMEFOLATE DHA	1		LISINOPRIL 5 MG TABLET	1	
LEVONEST	1		LISINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		LISINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		LISINOPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
LEVORA-28	1		LITHIUM 150 MG CAPSULE	1	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LITHIUM 300 MG CAPSULE	1	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LITHIUM 300 MG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LITHIUM 600 MG CAPSULE	1	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LITHIUM 8MEQ/5 ML SOLUTION	2	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LITHIUM ER	2	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LITHIUM ER 450 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1		LITHOSTAT	4	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1		LO LOESTRIN FE	3	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1		LOESTRIN	4	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1		LOESTRIN FE	4	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1		LOMEDIA 24 FE	1	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1		LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2	
LEVOXYL	1		LOPINAVIR-RITONAVIR	2	
LEVULAN	4	LDD	LOPREEZA	2	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3		LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LIDOCAINE 2% JEL UROJET AC	2		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LIDOCAINE 2% JELLY	2		LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	2		LORAZEPAM INTENSOL	2	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL	LORCET	2	
LIDOCAINE 5% PATCH	2		LORCET HD	2	
LIDOCAINE VISCOUS	1		LORCET PLUS	2	
LIDOCAINE-HYRDOCORTISONE 2.8-0.55% GEL	2		LORTAB	2	
LIDOCAINE-HYRDOCORTISONE 3-0.5% CREAM	2		LORYNA	1	
			LOSARTAN	1	
			LOSARTAN-HCTZ	1	
			LOSEASONIQUE	4	
			LOTEMAX	4	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
LOTEMAX SM	4		METAXALONE	4	
LOTEPREDNOL	3		METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1		METFORMIN 500 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1		METFORMIN 850 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1		METFORMIN ER 500 MG TABLET	2	
LOW-OGESTREL	1		METFORMIN ER 750 MG TABLET	2	
LOXAPINE	2		METHADONE 10 MG TABLET	2	PA
LUDENT FLUORIDE	2		METHADONE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
LUGOL'S SOLUTION	2		METHADONE 5 MG TABLET	2	PA
LUMIGAN	4		METHADONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
LUTERA	1		METHADONE INTENSOL	2	PA
LYRICA	4	QL	METHAMPHETAMINE	4	
LYSODREN	4		METHAZOLAMIDE	2	
LYZA	1		METHENAMINE HIPPURATE	2	
M-M-R II*	2		METHENAMINE MANDELATE	2	
M-NATAL PLUS	1		METHERGINE	4	
MALATHION	2		METHIMAZOLE	2	
MAPROTILINE	2		METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2	
MARLISSA	1		METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2	
MARPLAN	4		METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2	
MARTEN-TAB	2		METHOXSALEN	4	
MATERNITY VITAMIN	1		METHSCOPOLAMINE	2	
MATZIM LA	2		METHYLCLOTHIAZIDE	2	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2		METHYLDOPA	1	
MECLIZINE 25 MG TABLET	2		METHYLDOPA-HCTZ	2	
MECLOFENAMATE	2		METHYLERGONOVINE	4	
MEDROL	4		METHYLPHENIDATE	2	
MEDROXYPROGESTERONE	1		METHYLPHENIDATE CD	2	QL
MEFENAMIC ACID	2		METHYLPHENIDATE ER (CD)	2	QL
MEFLOQUINE	2	QL	METHYLPHENIDATE ER (LA)	2	QL
MEGESTROL	2		METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL
MELODETTA 24 FE	1		METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
MELOXICAM 7.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
MELPHALAN	2		METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
MEMANTINE	2		METHYLPHENIDATE LA	2	QL
MENACTRA*	2		METHYLPREDNISOLONE	2	
MENEST	4		METIPRANOLOL	2	
MENTAX	4		METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP*	2		METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	1	
MEPERIDINE 100 MG TABLET	2		METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
MEPERIDINE 50 MG TABLET	2		METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	1	
MEPERIDINE 50 MG/5 ML SOLUTION	2		METOCLOPRAMIDE ODT	2	
MEPROBAMATE	2		METOLAZONE	2	
MERCAPTOPYRINE	2		METOPROLOL 100 MG TABLET	1	
MESALAMINE	4		METOPROLOL 25 MG TABLET	1	
METADATE ER	2	QL	METOPROLOL 37.5 MG TABLET	2	
METAPROTERENOL	2				
METAXALL	4				

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
METOPROLOL 50 MG TABLET	1		MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
METOPROLOL 75 MG TABLET	2		MISOPROSTOL	2	
METOPROLOL SUCCINATE	2		MODAFINIL 100 MG TABLET	4	PA
METOPROLOL-HCTZ	2		MODAFINIL 200 MG TABLET	4	PA
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2		MODERIBA	4	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2		MOEXIPRIL	2	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2		MOEXIPRIL-HCTZ	2	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2		MOLINDONE	2	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2		MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MONDOXYNE NL	2	
MEXILETINE	2		MONO-LINYAH	1	
MIBELAS 24 FE	1		MONONESSA	1	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	1		MONTELUKAST	2	
MICORT-HC	2		MONUROL	4	
MICROGESTIN	1		MORGIDOX 100 MG CAPSULE	2	
MICROGESTIN 24 FE	3		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	2	
MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	4		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	
MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1		MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2		MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2	
MIDODRINE	2		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	
MIGERGOT	4		MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
MIGLITOL	2		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	
MILI	1		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	
MIMVEY	2		MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	2	
MIMVEY LO	2		MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	2	
MINASTRIN 24 FE	3		MORPHINE ER 100 MG TABLET	2	
MINITRAN	2		MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	2		MORPHINE ER 15 MG TABLET	2	
MINOCYCLINE 100 MG TABLET	2		MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	2		MORPHINE ER 200 MG TABLET	2	
MINOCYCLINE 50 MG TABLET	2		MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	2		MORPHINE ER 30 MG TABLET	2	
MINOCYCLINE 75 MG TABLET	2		MORPHINE ER 40 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE ER 135 MG TABLET	2		MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE ER 45 MG TABLET	2		MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	2	
MINOCYCLINE ER 90 MG TABLET	2		MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	2	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2		MORPHINE ER 60 MG TABLET	2	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2		MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	2	
MIRCETTE	4		MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	2	
MIRTAZAPINE 15 MG ODT	2		MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	2	
MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	2		MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE 30 MG ODT	2		MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	2		MOVIPREP	4	
MIRTAZAPINE 45 MG ODT	2		MOXEZA	3	
MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	2		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROP	2	
			MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
MULTAQ	4		NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE	2		NAPROXEN 275 MG TABLET	1	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE	2		NAPROXEN 375 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN 500 MG KIT	1	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP	2		NAPROXEN 500 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN 550 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG/ML DROP	2		NAPROXEN DR 375 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUOR 1 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN DR 500 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUOR-IRON 0.25 MG/ML	2		NAPROXEN DS	1	
MULTIVIT-IRON-FL 0.25 MG/ML	2		NAPROXEN R 375 MG TABLET	2	
MULTIVITAMIN-IRON-FLUORIDE	2		NARATRIPTAN	2	QL
MULTIVITAMINS W-FLUORIDE-IRON	2		NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	3	QL
MULTIVITAMINS WITH FLUORIDE	2		NASCOBAL	4	
MUPIROCIN	2		NATACYN	4	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2		NATAZIA	4	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2		NATEGLINIDE	2	
MVW COMPLETE FORMULATION PEDIATRIC	2		NATURE-THROID	1	
MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2		NEBUPENT	4	
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2		NECON	1	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2		NEFAZODONE	2	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NEO-POLYCIN	2	
MYCOPHENOLIC ACID	2		NEO-POLYCIN HC	2	
MYLERAN	4		NEOMYCIN	2	
MYNATAL	1		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
MYNATAL ADVANCE	1		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYNATAL PLUS	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2	
MYNATAL-Z	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2	
MYNATE 90 PLUS	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
MYORISAN	4	QL	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYRBETRIQ	4	ST, QL	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
MYTESI	4		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYZILRA	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE EAR SOLUTION	2	
NABUMETONE	2		NEUAC GEL	2	
NADOLOL 20 MG TABLET	1		NEUPRO	4	
NADOLOL 40 MG TABLET	1		NEVANAC	4	
NADOLOL 80 MG TABLET	1		NEVIRAPINE	2	
NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2		NEVIRAPINE ER	2	
NAFTIFINE	2		NEWGEN	1	
NAFTIN	4		NEXT CHOICE ONE DOSE	4	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2		NIACIN ER	2	
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NALTREXONE	2	QL	NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		NICOTROL	4	
			NICOTROL NS	4	
			NIFEDIPINE	2	
			NIFEDIPINE ER	2	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
NIKKI	1		NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"	3	
NIMODIPINE	4		NOVOLOG	4	ST, QL
NISOLDIPINE	2	QL	NOVOLOG FLEXPEN	4	ST, QL
NITRO-BID	2		NOVOLOG MIX 70-30	4	ST, QL
NITRO-DUR	4		NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	ST, QL
NITRO-TIME	2		NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NITROFURANTOIN	2		NOXAFIL	4	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO	2		NP THYROID	1	
NITROGLYCERIN 0.3 MG TABLET SL	2		NUCYNTA	4	
NITROGLYCERIN 0.4 MG TABLET SL	2		NUCYNTA ER	4	ST
NITROGLYCERIN 0.6 MG TABLET SL	2		NUEDEXTA	4	
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2		NULEV	1	
NITROGLYCERIN ER 2.5 MG CAPSULE	2		NUVARING	3	
NITROGLYCERIN ER 6.5 MG CAPSULE	2		NYAMYC	2	
NITROGLYCERIN ER 9 MG CAPSULE	2		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	1	
NITROGLYCERIN LINGUAL 0.4 MG	2		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	1	
NITROGLYCERIN PATCH	2		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NIVA-PLUS	1		NYSTATIN 100,000 UNIT/ML SUSPENSION	2	
NIZATIDINE 15 MG/ML SOLUTION	2		NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	2	
NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	1		NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML SUSPENSION	2	
NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	1		NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	1	
NOLIX	4		NYSTOP	2	
NORA-BE	1		O-CAL FA	4	
NORETHINDRONE 0.35MG TABLET	1		O-CAL PRENATAL	4	
NORETHINDRONE 5MG TABLET	2		OBSTETRIX DHA	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5	2		OBSTETRIX ONE	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG	2		OCELLA	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1		OCTREOTIDE	2	PA
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL FE	1		ODEFSEY	3	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1		OFLOXACIN	2	
NORITATE	4		OGESTREL	1	
NORLYDA	1		OKEBO	2	
NORLYROC	1		OLANZAPINE 10 MG TABLET	2	
NORPACE CR	4		OLANZAPINE 15 MG TABLET	2	
NORTREL	1		OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 20 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		OLANZAPINE 5 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE ODT	2	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE-FLUOXETINE	2	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3		OLMESARTAN	2	
NORVIR 100 MG SOFTGEL CAPSULE	3		OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ	2	
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3		OLMESARTAN-HCTZ	2	
NOVOFINE 30G X 1/3" NEEDLES	3		OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES	3		OLOPATADINE 0.2% EYE DROP	2	
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3		OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
			OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	
			OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
ONDANSETRON	2	
ONDANSETRON ODT	2	
ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3	
ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3	
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3	
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3	
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIP	3	
ONETOUCH ULTRA2	1	
ONETOUCH ULTRAMINI	1	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3	
ONETOUCH VERIO FLEX	1	
ONETOUCH VERIO IQ	1	
ONETOUCH VERIO METER SYSTEM	1	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3	
ONGLYZA	3	QL
ONMEL	4	QL
OPCICON ONE-STEP	1	
OPIUM TINCTURE	2	
ORACIT	4	
ORALONE	2	
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2	
ORSYTHIA	1	
ORTHO MICRONOR	4	
ORTHO TRI-CYCLEN	4	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	4	
ORTHO-CYCLEN	4	
ORTHO-NOVUM	4	
OSCIMIN 0.125 MG ODT	1	
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2	
OSCIMIN SL	1	
OSCIMIN SR	2	
OSELTAMIVIR	2	QL
OSMOPREP	4	
OTOVEL	4	
OXANDROLONE	4	PA
OXAPROZIN	2	
OXAZEPAM	2	
OXCARBAZEPINE	2	
OXICONAZOLE	2	
OXISTAT	4	
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
OXYBUTYNIN ER	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
OXYCODONE	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325	2	
OXYCODONE-ASPIRIN	2	
OXYCODONE-IBUPROFEN	2	
OXYMORPHONE	2	
OXYMORPHONE ER	2	
PACERONE 200 MG TABLET	2	
PALIPERIDONE ER	2	
PANCREAZE	4	
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
PAREGORIC	2	
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	
PAROEX	2	
PAROMOMYCIN	2	
PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE CR	2	QL
PAROXETINE ER	2	QL
PASER	4	
PCE	4	
PEDIARIX*	2	
PEDVAXHIB*	2	
PEG 3350-ELECTROLYTE	2	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES	2	
PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2	
PEG-PREP	2	
PEGANONE	4	
PENICILLAMINE	4	
PENICILLIN V	1	
PENTACEL*	2	
PENTAZOCINE-NALOXONE	2	
PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	2	
PERFOROMIST	4	QL
PERINDOPRIL	2	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2	
PERMETHRIN 5% CREAM	2	
PERPHENAZINE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2	
PERTZYE	4	
PEXEVA	4	ST, QL
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL PREP PADS	3	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
PHENADOZ	2		POTASSIUM CHLORIDE 25 MEQ EFFERVESCENT TABLET	2	
PHENAZOPYRIDINE	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PHENELZINE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PHENOBARBITAL	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROP	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PHENYTOIN	2		POTASSIUM CITRATE ER	2	
PHENYTOIN EXT 100 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CITRATE-CITRIC ACID PACKET	2	
PHENYTOIN EXT 200 MG CAPSULE	2		PR NATAL 400	1	
PHENYTOIN EXT 300 MG CAPSULE	2		PR NATAL 400 EC	1	
PHILITH	1		PR NATAL 430	1	
PHOSLYRA	4		PR NATAL 430 EC	1	
PHOSPHASAL	2		PRADAXA	4	ST, QL
PHOSPHOLINE IODIDE	4		PRAMCORT	2	
PHRENILIN FORTE	2	QL	PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	2	
PHYSIOSOL	4		PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	2	
PHYTONADIONE	4		PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	2	
PICATO	4		PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	2	
PILOCARPINE	2		PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	2	
PIMECROLIMUS	4		PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	2	
PIMOZIDE	2		PRAMIPEXOLE ER	2	
PIMTREA	1		PRAMOSONE	4	
PINDOLOL	2		PRAMOSONE E	4	
PIOGLITAZONE	2		PRASUGREL	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2		PRAVASTATIN 10 MG TABLET	1	
PIOGLITAZONE-METFORMIN	2		PRAVASTATIN 20 MG TABLET	1	
PIRMELLA	1		PRAVASTATIN 40 MG TABLET	1	
PIROXICAM	2		PRAVASTATIN 80 MG TABLET	1	
PLAN B ONE-STEP	4		PRAZIQUNTEL	2	
PNEUMOVAX 23*	2		PRAZOSIN	2	
PNV 29-1	1		PRED-G	4	
PNV OB+DHA	1		PREDNICARBATE	2	
PNV-DHA	1		PREDNISOLONE	2	
PNV-DHA + DOCUSATE	1		PREDNISOLONE 1% EYE DROP	2	
PNV-FERROUS FUMARATE-DOCUSATE-FOLIC ACID	1		PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2	
PNV-OMEGA	1		PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2	
PNV-SELECT	1		PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
PNV-VP-U	1		PREDNISOLONE AC 1% EYE DROP	2	
PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	2		PREDNISOLONE ODT	2	
POLYCIN	2		PREDNISON 1 MG TABLET	2	
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POWDER	2		PREDNISON 10 MG TABLET	2	
POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM	2		PREDNISON 10 MG TABLET DOSE PACK	2	
PORTIA	1		PREDNISON 2.5 MG TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15ML)	2		PREDNISON 20 MG TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30ML)	2				
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2				
POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15ML)	2				

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
PREDNISON 5 MG TABLET	2		PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISON 5 MG TABLET DOSE PACK	2		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PREDNISON 5 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREDNISON 50 MG TABLET	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PREDNISON INTENSOL	2		PROMETHAZINE VC	2	
PREFEST	2		PROMETHAZINE VC-CODEINE	2	QL
PREMARIN 0.3 MG TABLET	4		PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL
PREMARIN 0.45 MG TABLET	4		PROMETHAZINE-DEXTROMETORPHAN	2	
PREMARIN 0.625 MG TABLET	4		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2	
PREMARIN 0.9 MG TABLET	4		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE	2	QL
PREMARIN 1.25 MG TABLET	4		PROMETHEGAN	2	
PRENA1 TRUE	1		PROPAFENONE	2	
PRENAISSANCE	1		PROPAFENONE ER	2	
PRENAISSANCE PLUS	1		PROPANTHELINE	2	
PRENATAL 19	1		PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
PRENATAL LOW IRON	1		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PRENATAL PLUS	1		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PRENATAL-U	1		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREPLUS	1		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PREPOPIK	4		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PRETAB	1		PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	2	
PREVALITE	2		PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	2	
PREVIFEM	1		PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	2	
PREVNAR 13*	2		PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	2	
PREZCOBIX	3		PROPRANOLOL-HCTZ	2	
PREZISTA	3		PROPYLTHIOURACIL	2	
PRIFTIN	4		PROQUAD*	2	
PRIMAQUINE	2		PROTRIPTYLINE	2	
PRIMIDONE	2		PRUDOXIN	2	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4		PSORCON	4	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	3		PULMOSAL	2	
PROBENECID	2		PYRAZINAMIDE	2	
PROBENECID-COLCHICINE	2		PYRIDOSTIGMINE	4	
PROCENTRA	2		PYRIDOSTIGMINE ER	4	
PROCHLORPERAZINE SUPPOSITORY	2		QUADRACEL DTAP-IPV*	2	
PROCHLORPERAZINE TABLET	2		QUARTETTE	4	
PROCTO-MED HC	2		QUASENSE	1	
PROCTO-PAK	2		QUAZEPAM	2	
PROCTOSOL-HC	2		QUETIAPINE 100 MG TABLET	2	
PROCTOZONE-HC	2		QUETIAPINE 200 MG TABLET	2	
PROFENO	2		QUETIAPINE 25 MG TABLET	2	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2		QUETIAPINE 300 MG TABLET	2	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2		QUETIAPINE 400 MG TABLET	2	
PROGLYCEM	4		QUETIAPINE 50 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2		QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2		QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2				
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2				

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	2		RISEDRONATE DR	2	
QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	2		RISPERIDONE	2	
QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	2		RISPERIDONE ODT	2	
QUINAPRIL	2		RITONAVIR	2	
QUINAPRIL-HCTZ	2		RIVASTIGMINE	2	
QUINIDINE	2		RIVELSA	1	
QUINIDINE ER 324 MG TABLET	2		RIZATRIPTAN	2	QL
QUININE	2		ROPINIROLE	2	
QUTENZA	4		ROPINIROLE ER	2	
R-NATAL OB	1		ROSDAN 0.75% CREAM	2	
RABEPRAZOLE	2	QL	ROSDAN 0.75% GEL	2	
RAJANI	1		ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	2	
RALOXIFENE	2		ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	2	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	2	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	2		ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	2	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	2		ROTARIX*	3	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	2		ROTATEQ*	3	
RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2		ROWEEPRA	2	
RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1		ROWEEPRA XR	2	
RANITIDINE 150 MG TABLET	1		ROZEREM 8 MG TABLET	4	ST, QL
RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2		RULAVITE DHA	1	
RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1		SAFYRAL	4	
RANITIDINE 300 MG TABLET	1		SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
RANOLAZINE ER	4	QL	SALSALATE	2	
RASAGILINE	2		SANTYL	4	QL
RECLIPSEN	1		SAPHRIS	4	ST, QL
RECOMBIVAX HB*	2		SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	3	
RECTIV	4		SAPS CARE ALCOHOL PREP PADS	3	
REGANEX	4	PA, QL	SAVAYSA	4	ST, QL
RELENZA	4	QL	SAVELLA	4	
RELISTOR	4	PA	SCOPOLAMINE	2	
RENACIDIN	4		SE-NATAL 19	1	
REPAGLINIDE	2		SEASONIQUE	4	
REPAGLINIDE-METFORMIN	2		SECONAL	4	
REPREXAIN	2		SELEGILINE	2	
RESPA A.R.	4		SELENIUM 2.25% SHAMPOO	2	
RESTASIS	4		SELENIUM 2.5% LOTION	2	
RESTASIS MULTIDOSE	4		SEREVENT DISKUS	3	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3		SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL
RIBASPHERE	4		SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL
RIBAVIRIN	4		SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL
RIDAURA	4		SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL
RIFABUTIN	2		SETLAKIN	1	
RIFAMATE	4		SEVELAMER	4	
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2		SEVELAMER CARBONATE	4	
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2		SF	2	
RIFATER	4		SF 5000 PLUS	2	
RILUZOLE	4		SHAROBEL	1	
RIMANTADINE	2		SHINGRIX*	2	
RISEDRONATE	2				

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
SILDENAFIL	4	PA	STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SILENOR	4	ST, QL	STRIBILD	3	
SILDOSIN	2	QL	STRONG IODINE SOLUTION	2	
SILVER NITRATE	2		SUBVENITE	2	
SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	2		SUBVENITE (BLUE)	2	
SIMBRINZA	3		SUBVENITE (GREEN)	2	
SIMLIYA	1		SUBVENITE (ORANGE)	2	
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1		SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1		SULFACETAMIDE SODIUM	2	
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1		SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		SULFADIAZINE	2	
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL	SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	2	
SINGLE USE SWAB	3		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	2	
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SUSPENSION	2	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2		SULFAMYLON	4	
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2		SULFASALAZINE	2	
SIRTURO	4	PA	SULFASALAZINE DR	2	
SKLICE	4		SULINDAC	2	
SM ALCOHOL 70% PREP PADS	3		SUMATRIPTAN	2	QL
SM ALCOHOL PREP PADS	3		SUMATRIPTAN SUCCINATE	2	QL
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2		SUPRAX	4	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2		SUPREP	4	
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2		SURE COMFORT ALCOHOL	3	
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2		SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2		SYEDA	1	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG)	2		SYMAX	1	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROP	2		SYMAX-SL	1	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2		SYMAX-SR	2	
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 15 G/60 ML	2		SYMLINPEN 120	4	QL
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER	2		SYMLINPEN 60	4	QL
SOLIFENACIN	3	QL	SYNERA	4	
SOLOXIDE	2		SYNTHROID	4	
SOLTAMOX	4		TABLOID	4	
SOTALOL	1		TACROLIMUS	2	
SOTALOL AF	1		TADALAFIL 10 MG TABLET	2	PA, QL
SPINOSAD	2		TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL
SPIRONOLACTONE	2		TADALAFIL 20 MG TABLET	2	PA, QL
SPIRONOLACTONE-HCTZ	2		TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL
SPRINTEC	1		TAKE ACTION	4	
SPRIX	4	QL	TAMOXIFEN	2	
SPS	2		TAMSULOSIN	2	
SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	2		TARINA 24 FE	1	
SPS 30 GM/120 ML ENEMA	2		TARINA FE	1	
SPS 50 GM/200 ML ENEMA	2		TARINA FE 1-20 EQ	1	
SRONYX	1		TARON-C DHA	1	
SSKI	4		TARON-PREX PRENATAL	1	
STAVUDINE	2		TAYTULLA	3	
			TAZAROTENE	2	
			TAZORAC	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
TAZTIA XT	2		TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2	
TDVAX*	1		TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
TELMISARTAN	2		TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE	2		TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2	
TELMISARTAN-HCTZ	2		TIMOLOL 10 MG TABLET	2	
TEMAZEPAM	2		TIMOLOL 20 MG TABLET	2	
TEMOZOLOMIDE	4	PA	TIMOLOL 5 MG TABLET	2	
TENCON	2		TINIDAZOLE	2	
TENIVAC*	2		TIS-U-SOL PENTALYTE	4	
TENOFOVIR	2		TIVICAY	3	
TERAZOSIN	1		TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2	
TERBINAFINE	1		TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2		TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2	
TERBUTALINE 5 MG TABLET	2		TIZANIDINE 4 MG TABLET	2	
TERCONAZOLE	2		TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL	TL-SELECT	1	
TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL	TOBRADEX	4	
TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL	TOBRADEX ST	4	
TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL	TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROP	2	
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	2	QL	TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	2	QL
TESTOSTERONE 25 MG/2.5 GRAM PACKET	2	QL	TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	2	QL
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL	TOBREX	4	
TESTOSTERONE CYPIONATE	2		TOLAZAMIDE	2	
TESTOSTERONE ENANTHATE	2		TOLBUTAMIDE	2	
TETCAINE	2		TOLMETIN	2	
TETRACAINE 0.5% EYE DROP	2		TOLTERODINE	2	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOLUTION	2		TOLTERODINE ER	2	
TETRACYCLINE	1		TOPIRAMATE 100 MG TABLET	2	
TETRAVISC	4		TOPIRAMATE 15 MG SPRINKLE CAPSULE	2	
TEXACORT	4		TOPIRAMATE 200 MG TABLET	2	
THEOCHRON	2		TOPIRAMATE 25 MG SPRINKLE CAPSULE	2	
THEOPHYLLINE	2		TOPIRAMATE 25 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ANHYDROUS	2		TOPIRAMATE 50 MG TABLET	2	
THIOLA	4	LDD	TOPIRAMATE ER	2	
THIORIDAZINE	2		TOREMIFENE	4	
THIOTHIXENE	2		TORSEMIDE	2	
THRIVITE 19	1		TOVIAZ	4	ST, QL
THYROID	1		TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-1	4		TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-1/2	4		TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL
THYROLAR-1/4	4		TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-2	4		TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-3	4		TRAMADOL-ACETAMINOPHEN	2	QL
TIAGABINE	2		TRANDOLAPRIL	2	
TICLOPIDINE	2		TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2	
TILIA FE	1		TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.25% EYE DROP	2		TRANLYCYPROMINE	2	
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2		TRAVATAN Z	3	
			TRAZODONE 100 MG TABLET	1	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
TRAZODONE 150 MG TABLET	1		TRIFLURIDINE	2	
TRAZODONE 300 MG TABLET	1		TRIHENXYPHENIDYL	2	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1		TRIKLO	2	
TRECTOR	4		TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2	
TRETIN-X	4	AGE	TRIMETHOBENZAMIDE	2	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE	TRIMETHOPRIM	2	
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE	TRIMIPRAMINE	2	
TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE	TRIMPEX	4	
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE	TRINATAL RX 1	1	
TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE	TRINESSA	1	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE	TRINTELLIX	4	ST, QL
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA	TRIPLE-VITAMIN W-FLUORIDE	2	
TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE	TRIUMEQ	3	
TRI FEMYNOR	1		TRIVEEN-DUO DHA	1	
TRI-ESTARYLLA	1		TRIVEEN-ONE	1	
TRI-LEGEST FE	1		TRIVEEN-PRX RNF	1	
TRI-LINYAH	1		TRIVEEN-U	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1		TRIVORA-28	1	
TRI-LO-MARZIA	1		TROPICAMIDE	2	
TRI-LO-SPRINTEC	1		TROSPIMUM	2	
TRI-MILI	1		TROSPIMUM ER	2	
TRI-NORINYL	4		TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	3	
TRI-PREVIFEM	1		TRULICITY	3	QL
TRI-SPRINTEC	1		TRUMENBA*	2	
TRI-VIT WITH FLUORIDE-IRON	2		TRUST NATAL DHA	1	
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE	2		TRUVADA	3	
TRI-VYLIBRA	1		TULANA	1	
TRI-VYLIBRA LO	1		TUSSIGON	2	QL
TRIADVANCE	1		TWINRIX*	2	
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2		TYBOST	3	
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2		TYDEMY	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2		TYZINE	4	
TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2		ULESFIA	4	
TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2		ULORIC	4	QL
TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2		ULTILET ALCOHOL SWAB	3	
TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2		ULTIMATECARE ONE	1	
TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	2		ULTIMATECARE ONE NF	1	
TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2		UNITHROID	1	
TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2		UR N-C	2	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2		URIN D.S.	2	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	2		UROQID-ACID NO.2	4	
TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2		URSODIOL 250 MG TABLET	2	
TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	2		URSODIOL 300 MG CAPSULE	2	
TRIAZOLAM	2		URSODIOL 500 MG TABLET	2	
TRIDERM	2		USTELL	2	
TRIENTINE	4		UTIRA-C	2	
TRIFLUOPERAZINE	2		V-R ALCOHOL PREP PADS	3	
			VALACYCLOVIR	2	
			VALGANCICLOVIR	2	
			VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	2	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
VALPROIC ACID 250 MG/5 ML SOLUTION	2		VINATE PN CARE	1	
VALPROIC ACID 500 MG/10 ML SOLUTION	2		VINATE ULTRA	1	
VALSARTAN 160 MG TABLET	2		VINATE-M	1	
VALSARTAN 320 MG TABLET	2		VIOKACE	4	
VALSARTAN 40 MG TABLET	2		VIORELE	1	
VALSARTAN 80 MG TABLET	2		VIREAD 150 MG TABLET	3	
VALSARTAN-HCTZ	2		VIREAD 200 MG TABLET	3	
VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	2		VIREAD 250 MG TABLET	3	
VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	2		VIREAD POWDER	3	
VANZOLE	2		VIRT-ADVANCE	1	
VAQTA*	2		VIRT-C DHA	1	
VARIVAX*	2		VIRT-NATE	1	
VASCAZEN	4		VIRT-NATE DHA	1	
VASCEPA	4		VIRT-PN	1	
VELIVET	1		VIRT-PN DHA	1	
VELPHORO	4		VIRT-PN PLUS	1	
VEMAVITE-PRX 2	1		VIRT-SELECT	1	
VENA-BAL DHA	1		VIRT-VITE GT	1	
VENATAL COMPLETE DHA	1		VIRTPREX	1	
VENLAFAXINE 100 MG TABLET	2	QL	VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML	2	
VENLAFAXINE 25 MG TABLET	2	QL	VITAFOL-OB	1	
VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	2	QL	VITAMIN D2 1.25MG(50,000 UNIT)	2	
VENLAFAXINE 50 MG TABLET	2	QL	VITASPIRE	1	
VENLAFAXINE 75 MG TABLET	2	QL	VOL-NATE	1	
VENLAFAXINE ER	2	QL	VOL-PLUS	1	
VENTOLIN HFA	3		VOL-TAB RX	1	
VERAPAMIL 120 MG TABLET	2		VORICONAZOLE 200 MG TABLET	2	PA
VERAPAMIL 360 MG CAPSULE PELLETT	2		VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	2	PA
VERAPAMIL 40 MG TABLET	2		VORICONAZOLE 50 MG TABLET	2	PA
VERAPAMIL 80 MG TABLET	2		VP-CH PLUS	1	
VERAPAMIL ER	2		VP-CH-PNV	1	
VERAPAMIL ER PM	2		VP-GGR-B6	1	
VERAPAMIL SR	2		VP-HEME OB	1	
VERDROCET	2		VP-HEME ONE	1	
VEREGEN	4		VRAYLAR	4	ST, QL
VESTURA	1		VYFEMLA	1	
VIDEX	3		VYLIBRA	1	
VIENVA	1		VYNATAL-FA	1	
VIIBRYD	4	ST, QL	WARFARIN 1 MG TABLET	1	
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	QL	WARFARIN 10 MG TABLET	1	
VIMPAT 100 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 2 MG TABLET	1	
VIMPAT 150 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 2.5 MG TABLET	1	
VIMPAT 200 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 3 MG TABLET	1	
VIMPAT 50 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 4 MG TABLET	1	
VINACAL	1		WARFARIN 5 MG TABLET	1	
VINATE GT	1		WARFARIN 6 MG TABLET	1	
VINATE II	1		WARFARIN 7.5 MG TABLET	1	
VINATE ONE	1		WEBCOL	3	
			WERA	1	
			WESTHROID	1	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver la lista de los medicamentos que cubre su plan.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas 2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
WIXELA INHUB	2	
WP THYROID	1	
WYMZYA FE	1	
XARELTO	3	QL
XIFAXAN 200 MG TABLET	4	
XIFAXAN 550 MG TABLET	4	QL
XIGDUO XR	3	QL
XTAMPZA ER	3	
XULANE	1	
XYLON 10	2	
YASMIN 28	4	
YAZ	4	
YUVAFEM	2	QL
ZAFIRLUKAST	2	
ZALEPLON 10 MG CAPSULE	2	
ZALEPLON 5 MG CAPSULE	2	
ZARAH	1	
ZATEAN-PN DHA	1	
ZATEAN-PN PLUS	1	
ZAZOLE	2	
ZENATANE	4	QL
ZENCHENT	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, LDD)
ZENCHENT FE	1	
ZENPEP	3	
ZETONNA	4	ST
ZIDOVUDINE	2	
ZIOPTAN	4	QL
ZIPRASIDONE	2	
ZIRGAN	4	
ZOLMITRIPTAN	2	QL
ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
ZOLPIDEM	2	
ZOLPIDEM ER 12.5 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM ER 6.25 MG TABLET	2	
ZOMIG 2.5 MG TABLET	2	
ZONISAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 25 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 50 MG CAPSULE	2	
ZOSTAVAX*	2	
ZOVIA 1-35E	1	
ZOVIA 1-50E	1	
ZUPLENZ	4	QL
ZYLET	4	

* Debe llamar a su farmacia para asegurarse de que su vacuna esté cubierta y se encuentre disponible en ese lugar. No debería ser necesario que programe una cita para recibir una vacuna.

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos que se enumeran a continuación generalmente están cubiertos en el Nivel 5.

A

ABIRATERONE (PA)
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE (PA, ST, QL)
ACTEMRA ACTPEN (PA, ST, QL)
ACTIMMUNE (PA, LDD)
ADEMPAS (PA, LDD)
AFINITOR (PA)
AFINITOR DISPERZ (PA)
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE (PA, QL)
ALECENSA (PA, LDD)
ALYQ (PA)
AMBRISENTAN (PA)
ANZEMET (PA, QL)
APOKYN (PA)
ARANESP (PA)
ARCALYST (PA, LDD)
ASTAGRAF XL
AVONEX (PA)
AVONEX PEN (PA)

B

BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION
BOSULIF (PA, LDD)

C

CABOMETYX (PA, LDD)
CAPRELSA (PA, LDD)
CAYSTON (PA, ST, QL)
CHOLBAM (PA, LDD)
CINACALCET
COMETRIQ (PA, LDD)
COSENTYX (2 SYRINGES) (PA, QL)
COSENTYX PEN (PA, QL)
COSENTYX PEN (2 PENS) (PA, QL)
COSENTYX SYRINGE (PA, QL)
COTELLIC (PA, LDD)
CYSTADANE (LDD)
CYSTAGON (LDD)

D

DALFAMPRIDINE ER (PA)
DEFERASIROX

E

EGRIFTA (PA, LDD)
EMCYT
EMEND 125 MG POWDER PACKET (PA, QL)
ENBREL (PA, ST, QL)

ENBREL MINI (PA, ST, QL)
ENBREL SURECLICK (PA, ST, QL)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION
ERIVEDGE (PA, LDD)
ERLOTINIB 100 MG TABLET (PA)
ERLOTINIB 150 MG TABLET (PA)
ERLOTINIB 25 MG TABLET (PA)
ESBRIET (PA, LDD)
EXJADE

F

FARYDAK (PA)
FIRAZYR (PA, LDD)
FORTEO (QL)
FRAGMIN (QL)
FULPHILA (PA)
FUZEON (LDD)

G

GATTEX (PA, LDD)
GENOTROPIN (PA, ST)
GILOTRIF (PA, LDD)
GLATIRAMER (PA)
GLATOPA (PA)
GRANIX

H

HETLIOZ (PA)
HEXALEN
HUMATROPE (PA)
HUMIRA (PA, QL)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S (PA, QL)
HUMIRA PEN (PA, QL)
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS (PA, QL)
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS (PA, QL)
HUMIRA(CF) (PA, QL)
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S (PA, QL)
HUMIRA(CF) PEN (PA, QL)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS (PA, QL)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PA, QL)
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE (PA)
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE (PA)

I

IBRANCE (PA, LDD)
ICLUSIG (PA, LDD)
ILARIS (PA, LDD)
IMBRUVICA (PA, LDD)
INCRELEX (PA)

INLYTA (PA, LDD)
INTRON A (PA)
IRESSA (PA, LDD)

J

JADENU (LDD)
JADENU SPRINKLE (LDD)
JAKAFI (PA, LDD)

K

KALYDECO (PA, QL)
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE (PA, ST, QL)
KUVAN (PA, LDD)

L

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR (PA)
LENVIMA (PA, LDD)
LETAIRIS (PA, LDD)
LEUKINE
LEVORPHANOL
LONSURF (PA, LDD)
LYNPARZA (PA, LDD)

M

MATULANE (LDD)
MEKINIST (PA)
MESNEX 400 MG TABLET
METHITEST
METHYLTESTOSTERONE
MIGLUSTAT (PA)
MYALEPT (PA)

N

NATPARA (PA, LDD)
NEULASTA (PA)
NEXAVAR (PA)
NILUTAMIDE
NINLARO (PA, LDD)
NORDITROPIN FLEXPRO (PA, ST)
NUTROPIN AQ NUSPIN (PA, ST)

O

ODOMZO (PA, LDD)
OMNITROPE (PA, ST)
OPSUMIT (PA, LDD)
ORENITRAM ER (PA, LDD)
ORKAMBI (PA, QL)
OTEZLA (PA, ST, QL)

Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días.

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos que se enumeran a continuación generalmente están cubiertos en el Nivel 5.

P

PANRETIN
PEGASYS (PA)
PEGASYS PROCLICK (PA)
PEGINTRON (PA)
PHENOXYBENZAMINE
POMALYST (PA, LDD)
PROMACTA (PA)
PULMOZYME (PA)

R

REBETOL
REPATHA PUSHTRONEX (PA, ST)
REPATHA SURECLICK (PA, ST)
REPATHA SYRINGE (PA, ST)
REVLIMID (PA, LDD)

S

SAIZEN (PA, ST)
SAIZEN-SAIZENPREP (PA, ST)
SAMSCA
SENSIPAR
SEROSTIM (PA, ST, LDD)
SIGNIFOR (PA)
SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION
SKYRIZI (PA, QL)
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT (PA, QL)
SODIUM PHENYLBUTYRATE
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR (PA)
SOMAVERT (PA, LDD)

SOVALDI (PA)
SPRYCEL (PA)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE (PA, QL)
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL (PA, QL)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE (PA, QL)
STIVARGA (PA, LDD)
SUCRAID (LDD)
SUTENT (PA, LDD)
SYLATRON (PA, LDD)
SYNAREL

T

TADALAFIL 20 MG TABLET (PA)
TAFINLAR (PA, LDD)
TAGRISSO (PA)
TARCEVA (PA, LDD)
TARGRETIN 1% GEL
TASIGNA (PA)
TECFIDERA (PA, LDD)
TETRABENAZINE (PA)
THALOMID (PA, LDD)
TOLCAPONE
TRACLEER (PA, LDD)
TYKERB (PA)
TYVASO (PA, LDD)
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT (PA, LDD)
TYVASO REFILL KIT (PA, LDD)
TYVASO STARTER KIT (PA, LDD)

U

UDENYCA (PA)

V

VALCHLOR (LDD)
VARUBI 90 MG TABLET (PA, QL)
VENCLEXTA (PA)
VENCLEXTA STARTING PACK (PA)
VENTAVIS (PA)
VIGABATRIN (QL)
VIGADRONE (QL)
VISTOGARD (LDD)
VOTRIENT (PA)

X

XALKORI (PA, LDD)
XELJANZ (PA, QL)
XELJANZ XR (PA, QL)
XOLAIR (PA, LDD)
XTANDI (PA, ST, LDD)
XURIDEN (PA)
XYREM (PA, LDD)

Z

ZARXIO
ZELBORAF (PA, LDD)
ZILEUTON ER
ZOLADEX (PA)
ZOLINZA (PA)
ZORTRESS
ZYDELIG (PA)
ZYKADIA (PA)

Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días.

Preguntas frecuentes sobre la lista de medicamentos con receta

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. A continuación encontrará las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

¿Por qué hacen cambios en la lista de medicamentos?

Cigna revisa y actualiza periódicamente la lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Intentamos ofrecerle muchas opciones entre las que elegir para tratar su afección médica. Estos cambios pueden incluir:

- Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.
- Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.
- Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.
- Agregar requisitos de cobertura para un medicamento. Por ejemplo, exigir la aprobación de Cigna antes de que pueda cubrirse un medicamento o agregar un límite a la cantidad para un medicamento.

Si un medicamento cambia de nivel o deja de estar cubierto, es posible que tenga que pagar una cantidad diferente para que se lo despachen. Es importante que sepa que cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor para que tenga tiempo de hablar con su médico.

¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo porque tienen alternativas cubiertas y de menor costo que se utilizan para tratar la misma afección. Esto significa que la alternativa actúa de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que su plan no cubre, y su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Por ejemplo, su plan no incluye medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.

¿Cómo deciden qué medicamentos están cubiertos?

La Lista de medicamentos con receta es manejada por el equipo de decisiones comerciales que, sujeto a la revisión y aprobación de la Lista de medicamentos con receta por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés), toma decisiones sobre la asignación de niveles de cobertura de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados y/o aplica requisitos de administración de la utilización a determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Es posible que los niveles de cobertura de su Póliza/Acuerdo de servicios contengan Medicamentos con receta o Suministros relacionados que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Medicamentos de especialidad. La asignación de cualquier Medicamento con receta o Suministros

relacionados a un nivel específico, y la aplicación de requisitos de administración de la utilización a un Medicamento con receta depende de varios factores clínicos y económicos. Los factores clínicos incluyen, a modo de ejemplo, las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Medicamento con receta o los Suministros relacionados por parte del Comité de P&T, y los factores económicos incluyen, a modo de ejemplo, el costo y/o los reembolsos disponibles para los Medicamentos con receta o los Suministros relacionados. Usted (o el Miembro de su familia) y el Médico que le receta medicamentos determinarán si un Medicamento con receta en particular o los Suministros relacionados son apropiados para Usted o cualquiera de los Miembros de Su familia, sin importar su elegibilidad para estar cubiertos por Su Póliza/Acuerdo de servicios.

La condición de cobertura de un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede cambiar periódicamente durante el Año de la póliza por varios motivos. Por ejemplo, un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede ser retirado del mercado, puede agregarse un nuevo Medicamento con receta perteneciente a la misma clase terapéutica o puede aumentar el costo de un Medicamento con receta o Suministro relacionado.

Como resultado de los cambios en la cobertura, quizás tenga que pagar más o menos por ese Medicamento con receta o Suministro relacionado, o probar otro Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto. Acceda a www.mycigna.com o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación para conocer la información más actualizada con respecto al nivel de cobertura, la administración de la utilización u otras limitaciones de cobertura para Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos medicamentos de venta sin receta médica) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en el sitio web o la aplicación **myCigna**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en Cigna.com/ifp-drug-list.

Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite www.informedonreform.com o Cigna.com.

¿Los medicamentos recientemente aprobados por la FDA están cubiertos en mi lista de medicamentos?

Todos los productos farmacológicos nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) se designan como no cubiertos en virtud de su lista de medicamentos hasta que el equipo de decisiones comerciales de Cigna tome una decisión respecto de la inclusión del medicamento nuevo (o la indicación nueva);

Preguntas frecuentes sobre la lista de medicamentos con receta (cont.)

esta decisión se basará, en parte, en la revisión clínica del medicamento por parte del Comité de P&T. El Comité de P&T hace todo lo razonablemente posible por revisar todos los productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (o las indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) dentro de un plazo de 90 días a partir de su lanzamiento al mercado. El equipo de decisiones comerciales debe hacer todo lo razonablemente posible por revisar un producto farmacológico nuevo aprobado por la FDA (o las indicaciones nuevas) dentro de un plazo de 90 días y debe tomar una decisión sobre cada producto farmacológico nuevo aprobado por la FDA (o cada indicación nueva aprobada por la FDA) dentro de un plazo de 180 días a partir de su lanzamiento al mercado, o debe documentarse una justificación clínica si no se cumple con este plazo. Si su médico considera que un medicamento cubierto actualmente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento recientemente aprobado.

¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?

Los precios de los medicamentos con receta varían de una farmacia a otra. Antes de que le despachen su receta, compare sus costos en línea. Puede iniciar sesión en el sitio web o la aplicación **myCigna** y hacer clic en *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto le costará su medicamento en las diferentes farmacias de su red. También podrá ver si hay alternativas de menor costo disponibles.¹

¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

Es posible que pueda ahorrar dinero si se pasa a un medicamento que está en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico preferido o genérico) o si le despachan un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos?

La FDA exige que los medicamentos genéricos tengan el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.² La FDA también les exige a los fabricantes de los medicamentos genéricos que demuestren que el genérico actúa de la misma manera que el medicamento de marca. Esto significa que los medicamentos equivalentes genéricos deben:²

- Tener los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación que el medicamento de marca
- Liberar la misma cantidad de ingredientes activos en el torrente sanguíneo, en la misma cantidad de tiempo, que el medicamento de marca
- Usarse de la misma manera que el medicamento de marca

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.² El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

¿Cómo puedo recibir ayuda con mis medicamentos de especialidad?

Controlar una afección compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo. Accredo, una de las principales farmacias de especialidad de los Estados Unidos, ahora es una farmacia de especialidad de Cigna. El equipo de farmacéuticos y enfermeras especialmente capacitados de Accredo le darán una atención personalizada y el apoyo que necesita para controlar su afección médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. **Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.** Puede hablar con un farmacéutico en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información sobre Accredo, puede visitar **Cigna.com/specialty**.

¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

Si usted toma un medicamento todos los días para tratar una afección médica permanente, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto o asma, puede pedir un suministro para hasta 90 días a través de Express Scripts Pharmacy.SM Express Scripts Pharmacy, una de las farmacias de entrega a domicilio más grandes del país, que presta servicios a más de 85 millones de personas, ahora es una compañía de Cigna y nuestra nueva farmacia de entrega a domicilio. Para empezar a usar la entrega a domicilio, llame al **800.835.3784**.

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una afección compleja, como la esclerosis múltiple, la hepatitis C y la artritis reumatoide, puede despachar sus recetas a través de Accredo. Accredo, una de las principales farmacias de especialidad de los Estados Unidos, ahora es una farmacia de especialidad de Cigna. Accredo le enviará su medicamento a su hogar (o al lugar que usted elija).³ Para comenzar, llame a Accredo al **877.826.7657**. Atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Puede hablar con un farmacéutico en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información sobre Accredo, puede visitar **Cigna.com/specialty**.

¿Dónde puedo encontrar más información sobre mi plan de medicamentos con receta?

Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en el sitio web o la aplicación **myCigna** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico y ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura. También puede conectarse con sus cuentas en línea de Express Scripts para administrar los medicamentos que despacha a través de Express Scripts Pharmacy y/o Accredo.

Exclusiones y limitaciones para 2020

Servicios excluidos para KS

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Póliza, no se brindan beneficios para lo siguiente:

1. Servicios **no incluidos específicamente en esta Póliza como** Servicios cubiertos.
2. Servicios o suministros que no son **Medicamento necesarios**.
3. Cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico y servicios relacionados que, a la fecha del servicio, se consideren **Experimentales, En investigación o No comprobados** según se define en la sección “Definiciones”. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidado de rutina del paciente (según lo definido en la Reglamentación Administrativa de Kansas 40-4-43) brindados en un estudio clínico para el cáncer aprobado para los cuales habría beneficios disponibles si los servicios no se brindaran en relación con ese estudio clínico.
4. Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
5. Servicios por lesiones o enfermedades relacionadas con Su empleo, en la medida en que Usted tenga o deba tener la cobertura de una ley de **seguro de accidentes de trabajo**. Si Usted celebra un acuerdo por el cual renuncia a Su derecho a recuperar beneficios médicos pasados o futuros en virtud de un seguro de accidentes de trabajo, Cigna no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que estén sujetos a ese acuerdo o relacionados con él. Además, si Usted tiene cobertura en virtud de un programa de seguro de accidentes de trabajo que limita los beneficios cuando se usan proveedores diferentes de los especificados y Usted recibe servicios de un proveedor no especificado por el programa, Cigna no pagará los saldos de los cargos de dichos proveedores no especificados una vez agotados Sus beneficios en virtud del programa.
6. Afecciones causadas por: (a) **un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada)**; (b) **la liberación involuntaria de energía nuclear** cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona **asegurada en el servicio militar de cualquier país**; (d) la participación de una Persona asegurada **en una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave por parte de una Persona asegurada** (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada se encuentre en estado de embriaguez —según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual se produzca la Enfermedad— o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
7. Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local**, estatal o federal, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
8. Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
9. Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
10. **Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Parte A, B o D de Medicare**, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
11. **Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez**, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
12. Servicios **profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera** de las siguientes personas:
 - a. Usted o Su empleador;
 - b. una persona que viva en el hogar de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
 - c. una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona; o
 - d. un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
13. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
14. Los servicios o suministros **brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier centro** en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
15. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.

16. Cargos de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente ambulatorio.
17. Servicios no indicados por un médico o que continúan después de que un médico ha indicado que no es necesario proporcionar más cuidado.
18. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
19. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
20. **Implantes dentales**: Materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
21. **Aparatos auditivos**, a excepción de los procedimientos quirúrgicos para la implantación de aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
22. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
23. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Beneficios de la vista pediátricos.
24. **Procedimientos de refracción**, incluidas las queratotomías radiales, relajación de córnea, queratofaquia, queratomileusis o cualquier otro procedimiento que se use para cambiar la forma de la curvatura corneal, a excepción de los procedimientos Médicamente necesarios asociados con una anisometropía grave.
25. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
26. **Aborto**, a menos que un Médico certifique por escrito que el embarazo podría poner en riesgo la vida de la madre.
27. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal o que mejoran o permiten la comunicación**, a excepción de una electrolaringe, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
28. **Asesoría no médica o servicios auxiliares**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, servicios y materiales de biorretroalimentación autógena, salvo para la incontinencia urinaria en adultos de 18 años o más, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
29. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la Terapia conductual aplicada**, que incluyen, a modo de ejemplo: el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
30. Procedimientos, cirugía o tratamientos para **cambiar características del cuerpo** por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
31. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
32. Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o infertilidad**, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la ligadura de trompas, la fertilización *in vitro*, los exámenes genéticos de preimplantación, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
33. **La criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
34. Pagos relacionados con **la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos**, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.

35. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general.**
36. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
37. **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
38. Estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.
39. **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Medicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
40. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.**
41. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
42. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
43. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
44. **Aparatos ortopédicos que no son para pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Medicamente necesarios:
 - a. Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - b. Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - c. Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
45. Servicios destinados principalmente a **bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento, a excepción de los servicios cubiertos como beneficios de salud preventiva. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso.
46. Cualquier **terapia o tratamiento indicado por un juez**; o cualquier terapia o tratamiento indicado como condición para libertad condicional, libertad a prueba o para evaluaciones de visitas o custodia de menores, a menos que sea Medicamente necesario y esté cubierto de otro modo en virtud de esta Póliza.
47. Tratamiento de **trastornos mentales** que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con disfunciones permanentes del cerebro.
48. **Trastornos del desarrollo**, incluidos, a modo de ejemplo, problemas en el aprendizaje de la lectura, problemas en el aprendizaje de las matemáticas, problemas en el desarrollo del lenguaje o problemas para articular palabras.
49. **Asesoría** para actividades de naturaleza educativa, funcionamiento intelectual límite, problemas ocupacionales, vocación y religión.
50. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
51. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta Póliza.
52. **Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección "Servicios cubiertos" de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
53. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
54. Servicios asociados con cualquier **examinación física** o de salud relacionada con exámenes de detección masivos, a excepción de los exámenes de Papanicolaou y las mamografías que se realicen en un centro de atención médica móvil certificado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Dos ejemplos de exámenes de detección masiva son las camionetas móviles y los programas de pruebas en escuelas.
55. Cargos por **autopsias**, a menos que la autopsia sea solicitada por la compañía.
56. **Transporte** que no sean Servicios de ambulancia cubiertos.
57. Cargos por completar formularios **de reclamo de seguros.**
58. Servicios de salud asociados con lesiones corporales accidentales provocadas por un **accidente automovilístico**, en la medida en que dichos servicios sean pagaderos en virtud de una disposición de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de automotores.
59. Desfibriladores externos **automáticos.**

Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a esta lista de medicamentos sin notificación. Consulte [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza/acuerdo de servicios para conocer más detalles. Cigna no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.



1. Los precios no están garantizados, y el hecho de que se muestre un precio no es garantía de que estará cubierto. Sus costos y su cobertura pueden cambiar en el momento de despachar la receta en la farmacia, y los costos pueden variar de una farmacia a otra. Por ejemplo, el precio de venta minorista de su farmacia por un medicamento específico puede ser menor que el precio que se muestra. La cobertura y los precios pueden cambiar.
2. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Última actualización de la página: 4 de junio de 2018.
3. Según lo permitido por ley.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Accredo Health Group, Inc., Express Scripts, Inc., ESI Mail Pharmacy Service, Inc., Express Scripts Pharmacy, Inc., Tel-Drug, Inc., L.L.C. "Express Scripts Pharmacy" se refiere a ESI Mail Pharmacy Service, Inc. y Express Scripts Pharmacy, Inc. "Accredo" se refiere a Accredo Health Group, Inc. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son marcas comerciales de Cigna Intellectual Property, Inc. "Accredo" "Express Scripts" e "Express Scripts Pharmacy" son marcas comerciales de Express Scripts Strategic Development, Inc.

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Medical coverage

Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cigna does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Cigna:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact customer service at the toll-free number shown on your ID card, and ask a Customer Service Associate for assistance.

If you believe that Cigna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by sending an email to ACAGrievance@Cigna.com or by writing to the following address:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

If you need assistance filing a written grievance, please call the number on the back of your ID card or send an email to ACAGrievance@Cigna.com. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc., and HMO or service company subsidiaries of Cigna Health Corporation and Cigna Dental Health, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고, 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711) را شماره‌گیری کنید).