

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Esta Lista de medicamentos es válida para los planes vendidos en 2024 en Illinois, vigentes a partir del 1 de enero de 2025.

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

Tengan en cuenta que: Los medicamentos cubiertos por el plan médico individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) 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.



Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Cobertura a partir del 1 de enero de 2025



¿Qué encontrará adentro?	Página
Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Lista de medicamentos	6
Preguntas frecuentes	77
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	81

Consulte su Lista de medicamentos en línea

- **Cigna.com/ifp-drug-list.** Seleccione **Illinois** del menú desplegable y elija su método de búsqueda. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** A partir del 1 de enero de 2025, inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos).

¿Tiene preguntas?

Llame al **866.494.2111** o al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthcareSM. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

Si necesita asistencia con el idioma o tiene una discapacidad, llámenos al **800.244.6224** **(para servicios de TTY, marque el 711)**. Hay recursos disponibles para satisfacer sus necesidades especiales sin costo para usted.

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por la Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois, que entrará en vigor el 1 de enero de 2025. 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 (según el inglés). **Si no encuentra un medicamento específico en esta Lista, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver todos los medicamentos que cubre su plan.**

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos.*

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	1	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	1	
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	1	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	1	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	1	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	1	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	3	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	4	PA, QL, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	2	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	2	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 5% OINTMENT	3	PA, QL
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP SYRINGE	2	
ADACEL TDAP VIAL	2	
ADALIMUMAB-ADAZ	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBIM	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK	4	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	1	PA, AGE

Los medicamentos están ordenados **alfabéticamente** según el inglés

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 columna Notas

Los **medicamentos de especialidad** tienen SRX escrito junto al nombre en la columna Notas

* Esta tabla es simplemente un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025 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. 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. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos no preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$\$\$
Nivel 4	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. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.	\$\$\$\$

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener el medicamento.
QL	Límite a la cantidad: Su plan cubrirá solamente una determinada cantidad de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado: Es un programa de autorización previa. Su plan no cubre este medicamento de alto costo hasta que usted primero haya probado al menos una opción de menor costo (por lo general un medicamento genérico o de marca preferida) y no le haya dado resultado. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de este medicamento.
AGE	Requisito de edad: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que tome este medicamento, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe la cobertura.
SRX	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica compleja. Su plan limita los medicamentos de especialidad a un suministro para 30 días.
LDD	Este es un medicamento de distribución limitada . Este tipo de medicamento solo está disponible en farmacias específicas de los Estados Unidos. Se usa para tratar condiciones que son muy difíciles de controlar, y requieren un manejo especial, asistencia al paciente y monitoreo.

Exclusiones del plan

Hay determinados medicamentos y productos que su plan no cubre en ningún caso: no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlos a través del proceso de revisión de la cobertura. Estos medicamentos y productos se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Por ejemplo, su plan no cubre medicamentos que no estén aprobados por la FDA. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

Cómo encontrar su medicamento

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

Letra* con la que empieza su medicamento	Página	Letra* con la que empieza su medicamento	Página
I	6	M	44-49
2	6	N	49-52
A	6-11	O	52-54
B	11-15	P	54-60
C	15-21	Q	60
D	21-25	R	60-62
E	25-30	S	62-65
F	30-33	T	65-70
G	33-35	U	70-72
H	35-37	V	72-74
I	37-39	W	74
J	39, 40	X	74, 75
K	40, 41	Y	75
L	41-44	Z	75, 76

* Algunos medicamentos empiezan con un número en lugar de una letra.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 6MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
2TEK CONTROL SOLUTION	2	
ABACAVIR 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
ABACAVIR 300 MG TABLET	1	
ABACAVIR-LAMIVUDINE 600-300 MG TABLET	1	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	2	
ABIRATERONE 250 MG TABLET	4	PA, SRX
ABIRATERONE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ABRYSVO VIAL WITH DILUENT	2	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	1	
ACARBOSE 25 MG TABLET	1	
ACARBOSE 50 MG TABLET	1	
ACARBOSE 100 MG TABLET	1	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	2	
ACCUTANE 10 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 20 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 30 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 40 MG CAPSULE	3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	2	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	2	QL
ACEBUTOLOL 200 MG CAPSULE	1	
ACEBUTOLOL 400 MG CAPSULE	1	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5-30 MG CAPSULE	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5 ML ORAL SOLUTION	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	1	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	1	
ACETIC ACID 0.25% EAR SOLUTION	1	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	1	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	1	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	1	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	3	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	4	PA, QL, LDD, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	4	PA, QL, LDD, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	2	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	2	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 5% OINTMENT	3	PA, QL
ADACEL TDAP VIAL	2	
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 10 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 20 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2	PA, AGE
ADEFOVIR 10 MG TABLET	4	SRX
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS 1 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	AK-POLY-BAC EYE OINTMENT	1	
ADEMPAS 1.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
ADEMPAS 2 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	ALBENDAZOLE 200 MG TABLET	3	PA
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	ALBUSTIX REAGENT TEST STRIP	2	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION HIGH	2		ALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION LOW	2		ALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2		ALBUTEROL 2.5 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		ALBUTEROL 5 MG/ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		ALBUTEROL 15 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		ALBUTEROL 25 MG/5 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		ALBUTEROL 75 MG/15 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		ALBUTEROL 100 MG/20 ML INHALATION SOLUTION	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		ALBUTEROL 2 MG/5 ML SYRUP	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		ALBUTEROL 2 MG TABLET	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G	2		ALBUTEROL 4 MG TABLET	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 5MM 31G	2		ALBUTEROL ER 4 MG TABLET	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 8MM 31G	2		ALBUTEROL ER 8 MG TABLET	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2		ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	1	QL
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		ALCAINE 0.5% EYE DROPS	1	
ADVOCATE REDI-CODE+ CONTROL SOLUTION	2		ALCLOMETASONE 0.05% CREAM	1	
AEROCHAMBER MINI	2	QL	ALCLOMETASONE 0.05% OINTMENT	1	
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	2	QL	ALCOHOL PREP PAD	2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	2	QL	ALECENSA 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	2	QL	ALENDRONATE 70 MG/75 ML ORAL SOLUTION	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MEDIUM	2	QL	ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	2	QL	ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS LARGE	2	QL	ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	2	QL	ALENDRONATE 70 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MEDIUM	2	QL	ALFUZOSIN ER 10 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL	2	QL	ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	3	
AEROGear ASTHMA ACTION KIT	2		ALISKIREN 150 MG TABLET	3	QL
AEROTRACH HOLDING CHAMBER	2	QL	ALISKIREN 300 MG TABLET	3	QL
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	2	QL	ALLOPURINOL 100 MG TABLET	1	
AFIRMELLE-28 TABLET	1		ALLOPURINOL 300 MG TABLET	1	
AFLURIA	2		ALMOTRIPTAN 6.25 MG TABLET	2	QL
AFTER PILL 1.5 MG TABLET	1		ALMOTRIPTAN 12.5 MG TABLET	2	QL
AFTERA 1.5 MG TABLET	1		ALOCRIAL 2% EYE DROPS	3	
AGAMATRIX HIGH CONTROL SOLUTION	2		ALOMIDE 0.1% EYE DROPS	3	
AGAMATRIX NORM-HI CONTROL SOLUTION	2		ALOSETRON 0.5 MG TABLET	4	SRX
AIRZONE PEAK FLOW METER	2		ALOSETRON 1 MG TABLET	4	SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	1		AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML ORAL SOLUTION	4	PA, SRX
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	1		AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	4	PA, SRX
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	1		AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	4	PA, SRX
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	1		AMIODARONE 100 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1		AMIODARONE 200 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	1		AMIODARONE 400 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 0.25 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 0.5 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 1 MG TABLET	1		AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 2 MG TABLET	1		AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	1		AMLODIPINE 5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	1		AMLODIPINE 10 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	1	
ALTABAX 1% OINTMENT	3		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	1	
ALTACAIN 0.5% EYE DROPS	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	1	
ALTAVERA-28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	1	
ALVESCO 80 MCG INHALER	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	1	
ALVESCO 160 MCG INHALER	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-80 MG TABLET	1	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	1	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	1	
ALYQ 20 MG TABLET	4	PA, SRX	AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	1	
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	1	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	1	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	1	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	1	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	1	
AMANTADINE 100 MG TABLET	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	1	
AMBRISENTAN 5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	1	
AMBRISENTAN 10 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	1	
AMCINONIDE 0.1% CREAM	1		AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	1	
AMCINONIDE 0.1% LOTION	1		AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	1	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	1	
AMETHIA LO TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	1	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	1	
AMILORIDE 5 MG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	1	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	2		AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER 1,000-62.5 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	2		AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5MG TABLET	2		AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	2		AMPICILLIN 500 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-320-25 MG TABLET	2		ANAGRELIDE 0.5 MG CAPSULE	3	
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	1		ANAGRELIDE 1 MG CAPSULE	3	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	1		ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	3	
AMNESTEEM 10 MG CAPSULE	3		ANASTROZOLE 1 MG TABLET	1	
AMNESTEEM 20 MG CAPSULE	3		ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INHALER	2	QL
AMNESTEEM 40 MG CAPSULE	3		ANUCORT-HC 25 MG SUPPOSITORY	1	
AMOXAPINE 25 MG TABLET	1		ANZEMET 50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
AMOXAPINE 50 MG TABLET	1		APEXICON E 0.05% CREAM	3	
AMOXAPINE 100 MG TABLET	1		APIDRA 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
AMOXAPINE 150 MG TABLET	1		APIDRA SOLOSTAR 100 UNIT/ML	3	QL, ST
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		APRACLONIDINE 0.5% DROPS	1	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		APREPITANT 40 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1		APREPITANT 80 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	1		APREPITANT 125 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		APREPITANT 125-80-80 MG PACK	2	QL
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		APRI 28 DAY TABLET	1	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIOM 200 MG TABLET	3	PA, QL
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIOM 400 MG TABLET	3	PA, QL
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		APTIOM 600 MG TABLET	3	PA, QL
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		APTIOM 800 MG TABLET	3	PA, QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	1		APTIVUS 250 MG CAPSULE	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	1		AQ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1		AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1		ARANELLE 28 TABLET	1	
			ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 25 MCG/0.42 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 40 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 60 MCG/0.3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 100 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 150 MCG/0.3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
			ARANESP 200 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ARANESP 300 MCG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX	ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	3	QL, ST
ARANESP 500 MCG/1 ML SYRINGE	4	PA, SRX	ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	3	QL, ST
ARANESP 25 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	3	ST
ARANESP 40 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	3	QL, ST
ARANESP 60 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	3	QL, ST
ARANESP 100 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	3	QL, ST
ARANESP 200 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	1	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER 25-200 MG CAPSULE	1	
AREXVY VIAL KIT	2		ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	2	
ARFORMOTEROL 15 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL	ASSURE DOSE CONTROL SOLUTION	2	
ARIPIRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		ASSURE ID DUO PRO NEEDLE 31G 5MM	2	
ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	1		ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 3/16"	2	
ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	1		ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	1		ASSURE ID PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	1		ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	1		ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	1		ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	2	
ARIPIRAZOLE ODT 10 MG TABLET	3		ASSURE ID SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
ARIPIRAZOLE ODT 15 MG TABLET	3		ASSURE ID SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	2	
ARMODAFINIL 50 MG TABLET	1	PA	ASSURE PRISM CONTROL SOLUTION	2	
ARMODAFINIL 150 MG TABLET	1	PA	ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE	4	SRX
ARMODAFINIL 200 MG TABLET	1	PA	ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE	4	SRX
ARMODAFINIL 250 MG TABLET	1	PA	ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE	4	SRX
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	2		ASTHMA CHECK PEAK FLOW METER	2	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	2		ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	2	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	2		ATAZANAVIR 150 MG CAPSULE	1	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	2		ATAZANAVIR 200 MG CAPSULE	1	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	2		ATAZANAVIR 300 MG CAPSULE	1	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	2		ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	2		ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	2		ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INHALER	2		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25 MG TABLET	1	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INHALER	2		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25 MG TABLET	1	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INHALER	2		ATOMOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
ASCOMP WITH CODEINE CAPSULE	1	PA	ATOMOXETINE 18 MG CAPSULE	1	QL
ASENAPINE 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL	ATOMOXETINE 25 MG CAPSULE	1	QL
ASENAPINE 5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL	ATOMOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
ASENAPINE 10 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL	ATOMOXETINE 60 MG CAPSULE	1	QL
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		ATOMOXETINE 80 MG CAPSULE	1	QL
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	3	QL, ST	ATOMOXETINE 100 MG CAPSULE	1	QL
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	3	QL, ST	ATORVASTATIN 10 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATORVASTATIN 20 MG TABLET	1		AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	1	
ATORVASTATIN 40 MG TABLET	1		AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ATORVASTATIN 80 MG TABLET	1		AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ATOVAQUONE 750 MG/5 ML SUSPENSION	3		AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 62.5-25 TABLET	1		AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 250-100 TABLET	1		AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	1	
ATROPINE 1% EYE DROPS	1		AZO TEST TEST STRIP	2	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	1		AZURETTE 28 DAY TABLET	1	
AUBRA EQ-28 TABLET	1		BACITRACIN 500 UNIT/GM EYE OINTMENT	1	
AUBRA-28 TABLET	1		BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	1	
AUROVELA 1 MG-20 MCG TABLET	1		BACLOFEN 5 MG TABLET	1	
AUROVELA 21 1.5-30 TABLET	1		BACLOFEN 10 MG TABLET	1	
AUROVELA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		BACLOFEN 20 MG TABLET	1	
AUROVELA FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		BAL-CARE DHA COMBO PACK	1	
AUROVELA FE 1-20 TABLET	1		BALCOLTRA TABLET	3	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	2		BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	2		BALZIVA 28 TABLET	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	2		BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY ONE PACK	2	QL
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 23" 13MM	2		BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY TWO PACK	2	QL
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 43" 13MM	2		BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	4	SRX
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 6MM	2		BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 9MM	2		BASAGLAR TEMPO PEN 100 UNIT/ML	2	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 6MM	2		BD 3 ML SYRINGE 18G 1-1/2"	2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 9MM	2		BD 3 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 6MM	2		BD 3 ML SYRINGE 25G 1"	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 9MM	2		BD 3 ML SYRINGE 25G 1-1/2"	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" 6MM	2		BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 6MM	2		BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 5MM 30G	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 9MM	2		BD BLUNT NEEDLE 18G 1-1/2"	2	
AVIANE-28 TABLET	1		BD ECLIPSE 30G 1/2" SYRINGE	2	
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	4	PA, SRX	BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	2	
AVONEX PREFILLED SYRINGE 30 MCG KIT	4	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	2	
AYUNA-28 TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 18G 1 1/2"	2	
AZASITE 1% EYE DROPS	3		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1"	2	
AZATHIOPRINE 50 MG TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1.5"	2	
AZELAIC ACID 15% GEL	2		BD ECLIPSE NEEDLE 22G 1"	2	
AZELASTINE 0.05% DROPS	1		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 25MM	2	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG) NASAL SPRAY	1		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 1"	2	
AZELASTINE 0.15% NASAL SPRAY	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	2	
AZELASTINE-FLUTICASONE 137-50MCG NASAL SPRAY	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	2	
			BD ECLIPSE NEEDLE 25G 40MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1"	2		BD NEEDLE 21G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1.5"	2		BD NEEDLE 21G 1-1/2"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 5/8"	2		BD NEEDLE 21G 2"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 27G 1/2"	2		BD NEEDLE 22G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 13MM	2		BD NEEDLE 22G 1-1/2"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 1/2"	2		BD NEEDLE 22G 3/4"	2	
BD FILTER NEEDLE	2		BD NEEDLE 23G 0.75"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.7MM	2		BD NEEDLE 23G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MM 31G(1/2)	2		BD NEEDLE 23G 1.25"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2		BD NEEDLE 23G 1-1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		BD NEEDLE 25G 0.625"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12.7MM	2		BD NEEDLE 25G 0.875"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	2		BD NEEDLE 25G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 5/8"	2		BD NEEDLE 25G 1.5"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 1"	2		BD NEEDLE 25G 5/8"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26G 1/2"	2		BD NEEDLE 26G 0.375"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	2		BD NEEDLE 26G 0.5"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 5/8"	2		BD NEEDLE 26G 0.625"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2		BD NEEDLE 27G 0.5"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	2		BD NEEDLE 27G 1 1.25"	2	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MM 31G	2		BD NEEDLE 30G 0.5"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 8MM 31G	2		BD NEEDLE 30G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3ML 12.7MM 30G	2		BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18G 1.5"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 8MM 31G	2		BD NOKOR NEEDLE 16G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5ML 12.7MM 30G	2		BD NOKOR NEEDLE 18G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 12.7MM 30G	2		BD PRECISIONGLIDE 27G 1-1/2" NEEDLE	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 8MM 31G	2		BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22G 3/4"	2	
BD INTEGRA NEEDLE 25G 5/8"	2		BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	2	
BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23G 1"	2		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	2	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21G 1-1/2"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 29G 13MM	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 6MM	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 8MM	2	
BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 29G 13MM	2	
BD NEEDLE 16G 1"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 30G 8MM	2	
BD NEEDLE 16G 1.5"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 31G 6MM	2	
BD NEEDLE 18G 1"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 29G 13MM	2	
BD NEEDLE 18G 1-1/2"	2		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 6MM 31G	2	
BD NEEDLE 19G 1"	2		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	2	
BD NEEDLE 19G 1-1/2"	2		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18G 1.5"	2	
BD NEEDLE 20G 1"	2		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1"	2	
BD NEEDLE 20G 1-1/2"	2		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1.5"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G 1.5"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G 1"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G 5/8"	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27G 5/8"	2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	2	
BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
BD ULTRAFINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2	
BD ULTRAFINE SHORT PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
BD VEO INSULIN 0.3ML 6MM 31G (1/2)	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MM 31G	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MM 31G	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MM 31G	2	
BECONASE AQ 0.042% NASAL SPRAY	3	ST
BELLADONNA-OPIUM 16.2-30 SUPPOSITORY	1	PA
BELLADONNA-OPIUM 16.2-60 SUPPOSITORY	1	PA
BENZAEPRIIL 5 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL 10 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL 20 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL 40 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	1	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	1	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	1	
BEPOTASTINE 1.5% EYE DROPS	3	
BESER 0.05% LOTION	1	
BETADINE 5% EYE SOLUTION	3	
BETAINE 1 GRAM/SCOOP POWDER	4	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% CREAM	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% LOTION	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% CREAM	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% GEL	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% LOTION	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% CREAM	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% LOTION	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.12% FOAM	1	
BETAXOLOL 0.5% EYE DROPS	1	
BETAXOLOL 10 MG TABLET	1	
BETAXOLOL 20 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 5 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 10 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 25 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 50 MG TABLET	1	
BEXAROTENE 1% GEL	4	PA, SRX
BEXAROTENE 75 MG CAPSULE	4	PA, SRX
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	2	
BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML SYRINGE	2	
BEYFORTUS 100 MG/ML SYRINGE	2	
BICALUTAMIDE 50 MG TABLET	1	
BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET	3	QL
BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	3	QL
BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	1	QL
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	3	
BISOPROLOL 5 MG TABLET	1	
BISOPROLOL 10 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG TABLET	1	
BLISOVI 24 FE TABLET	1	
BLISOVI FE 1-20 TABLET	1	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
BLUNT NEEDLE	2	
BOOSTRIX TDAP	2	
BOSENTAN 62.5 MG TABLET	4	PA, SRX
BOSENTAN 125 MG TABLET	4	PA, SRX
BOSULIF 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 400 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BOSULIF 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
BREATHERITE MDI SPACER	2	QL
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-LARGE CHILD MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-NEONATE MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-SMALL CHILD MASK	2	QL
BREATHRITE VALVED MDI CHAMBER	2	QL
BREATHRITE VALVED MDI SPACER	2	QL
BREEZE 2 SOLUTION	2	
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	2	QL
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALER	2	QL
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALER	2	QL
BREYNA 80-4.5 MCG INHALER	3	QL
BREYNA 160-4.5 MCG INHALER	3	QL
BRIELLYN TABLET	1	
BRILINTA 60 MG TABLET	3	
BRILINTA 90 MG TABLET	3	
BRIMONIDINE 0.1% DROPS	1	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	1	
BRIMONIDINE 0.2% EYE DROPS	1	
BRIMONIDINE-TIMOLOL 0.2%-0.5% EYE DROPS	3	
BRINZOLAMIDE 1% EYE DROPS	2	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, QL
BRIVIACT 10 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 25 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 50 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 75 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 100 MG TABLET	3	PA, QL
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	2	
BROMOCRIPTINE 5 MG CAPSULE	1	
BROMOCRIPTINE 2.5 MG TABLET	1	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM 2-30-10 MG/5 ML SYRUP	1	
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
BROOKS INSULIN 0.3ML SYRINGE	2	
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE DR 3 MG CAPSULE	3	
BUDESONIDE EC 3 MG CAPSULE	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUDESONIDE ER 9 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
BUDESONIDE-FORMOTEROL 80-4.5 INHALER	3	QL
BUDESONIDE-FORMOTEROL 160-4.5 INHALER	3	QL
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	1	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	1	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	1	
BUPRENORPHINE 5 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 7.5 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 10 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 15 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 20 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 2 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
BUPRENORPHINE 8 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 4-1 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 12-3 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG TABLET	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG TABLET	1	
BUPROPION 75 MG TABLET	1	QL
BUPROPION 100 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 100 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 150 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 150 MG TABLET (smoking cessation)	1	
BUPROPION SR 200 MG TABLET	1	QL
BUPROPION XL 150 MG TABLET	1	QL
BUPROPION XL 300 MG TABLET	1	QL
BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 15 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 30 MG TABLET	1	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE #3 CAPSULE	1	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325 MG TABLET	1	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-300-40 MG TABLET	1	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-325-40 MG TABLET	1	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-300-30 MG CAPSULE	1	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-325-30 MG CAPSULE	1	PA

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	1	QL	CANDESARTAN-HCTZ 16-12.5 MG TABLET	1	
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLET	1	QL	CANDESARTAN-HCTZ 32-12.5 MG TABLET	1	
BUTORPHANOL 10 MG/ML NASAL SPRAY	1	PA, QL	CANDESARTAN-HCTZ 32-25 MG TABLET	1	
BYDUREON BCISE 2 MG AUTO-INJECTOR	2	PA, QL	CAPECITABINE 150 MG TABLET	4	PA, SRX
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJECTOR	2	PA, QL	CAPECITABINE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJECTOR	2	PA, QL	CAPRELSA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		CAPRELSA 300 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2		CAPTOPRIL 12.5 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		CAPTOPRIL 25 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		CAPTOPRIL 50 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		CAPTOPRIL 100 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		CAPTOPRIL-HCTZ 25-15 MG TABLET	1	QL
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		CAPTOPRIL-HCTZ 25-25 MG TABLET	1	QL
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		CAPTOPRIL-HCTZ 50-15 MG TABLET	1	QL
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		CAPTOPRIL-HCTZ 50-25 MG TABLET	1	QL
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	1	QL	CAPVAXIVE 0.5 ML SYRINGE	2	
CABOMETYX 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	1	
CABOMETYX 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CABOMETYX 60 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	1	
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	1		CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	1	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2		CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	1	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2		CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	1	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	2		CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	1	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	3		CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	1	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	1		CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	1	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	1		CARBIDOPA 25 MG TABLET	3	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG ODT TABLET	1	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG ODT TABLET	1	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	1	QL	CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG ODT TABLET	1	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 TABLET	1	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 TABLET	1	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 TABLET	1	
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 25-100 TABLET	1	
CALQUENCE 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	1	
CAMILA 0.35 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 50 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 75 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CAMRESE LO TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 100 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CANDESARTAN 4 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 125 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CANDESARTAN 8 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 150 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CANDESARTAN 16 MG TABLET	1				
CANDESARTAN 32 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARBIDOPA-LEVODOPA 200 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	1	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 6MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	2	
CARESENS CONTROL SOLUTION	2	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
CARGLUMIC ACID 200 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, LDD, SRX
CARISOPRODOL 250 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL 350 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE TABLET	1	PA
CARTEOLOL 1% EYE DROPS	1	
CARTIA XT 120 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 180 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 240 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 300 MG CAPSULE	1	
CARVEDILOL 3.125 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 6.25 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 12.5 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 25 MG TABLET	1	
CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	4	PA, QL, LDD, SRX
CAZANT 28 DAY TABLET	1	
CEFACLOL 250 MG CAPSULE	1	
CEFACLOL 500 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CEFACLOR 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHANTIX STARTING MONTH BOX	2	
CEFACLOR 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHANTIX 0.5 MG TABLET	2	
CEFACLOR 375 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHANTIX 1 MG TABLET	2	
CEFACLOR ER 500 MG TABLET	2		CHATEAL EQ-28 TABLET	1	
CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	1		CHATEAL-28 TABLET	1	
CEFADROXIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEK-STIX TEST STRIP	2	
CEFADROXIL 500 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMET 100 MG CAPSULE	3	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	1		CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	2	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	1		CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	2	
CEFDINIR 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	2	
CEFDINIR 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	2	
CEFDITOREN 400 MG TABLET	1		CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	2		CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMSTRIP BG DIARY	2	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	2	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	2	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	1	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	1		CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	1	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	1		CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	1	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	1	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	1	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	1		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	1	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	1		CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	1	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	1		CHLOROQUINE 250 MG TABLET	1	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	1		CHLOROQUINE 500 MG TABLET	1	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	1	QL	CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	2	
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	1	QL	CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	2	
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	1	QL	CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	2	
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	1	QL	CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1		CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	1		CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	1	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	2		CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	1	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1		CHOLESTYRAMINE PACKET	1	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	1		CHOLESTYRAMINE POWDER	1	
CETRORELIX 0.25 MG VIAL	4	PA, SRX	CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	3	PA
CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	1		CICLODAN 0.77% CREAM	1	
CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1		CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	1	
CHANTIX 1 MG CONTINUING MONTH BOX	2				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CICLOPIROX 0.77% CREAM	1		CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	1	
CICLOPIROX 0.77% GEL	1		CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	1	
CICLOPIROX 1% SHAMPOO	1		CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL
CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	1		CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL
CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	1		CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL
CILOSTAZOL 50 MG TABLET	1		CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
CILOSTAZOL 100 MG TABLET	1		CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
CILOXAN 0.3% OINTMENT	3		CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	2	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	1		CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	2	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	1		CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	2	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	1		CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	1		CLICKFINE UNIVERSAL 31G 1/4"	2	
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	4	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN 1% FOAM	1	
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) STARTER KIT	4	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	1	
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	4	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN P 1% PLEDGET	1	
CINACALCET 30 MG TABLET	4	PA, SRX	CLINDAMYCIN (PEDI) 75 MG/5 ML	1	
CINACALCET 60 MG TABLET	4	PA, SRX	CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CINACALCET 90 MG TABLET	4	PA, SRX	CLINDAMYCIN 75 MG CAPSULE	1	
CIPROFLOXACIN 0.2% EAR SOLUTION	1		CLINDAMYCIN 150 MG CAPSULE	1	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	1		CLINDAMYCIN 300 MG CAPSULE	1	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% FOAM	1	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML SUSPENSION	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% GEL	1	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% LOTION	1	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% PLEDGET	1	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% TOPICAL SOLUTION	1	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL	1	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE EAR SUSPENSION	2		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL PUMP	1	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE 0.3-0.025%	2	PA	CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5% GEL	1	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	CLINDAMYCIN-TRETINOIN 1.2%-0.025% GEL	1	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	CLINDESSE 2% VAGINAL CREAM	3	
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 2.5 MG/ML SUSPENSION	3	PA
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 10 MG TABLET	3	PA
CLARAVIS 10 MG CAPSULE	3		CLOBAZAM 20 MG TABLET	3	PA
CLARAVIS 20 MG CAPSULE	3		CLOBETASOL 0.05% CREAM	1	
CLARAVIS 30 MG CAPSULE	3		CLOBETASOL 0.05% GEL	1	
CLARAVIS 40 MG CAPSULE	3		CLOBETASOL 0.05% OINTMENT	1	
CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		CLOBETASOL 0.05% SHAMPOO	1	
CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL LOTION	1	
CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	1		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL SOLUTION	1	
CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	1		CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% CREAM	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% FOAM	2		CLOZAPINE ODT 25 MG TABLET	3	
CLOBETASOL EMULSION 0.05% FOAM	2		CLOZAPINE ODT 100 MG TABLET	3	
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% FOAM	1		CLOZAPINE ODT 150 MG TABLET	3	
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% SPRAY	1		CLOZAPINE ODT 200 MG TABLET	3	
CLOCORTOLONE PIVALATE 0.1% CREAM	2		C-NATE DHA SOFTGEL	1	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	1		COARTEM TABLET	3	QL
CLOMIPHENE 50 MG TABLET	1		CODEINE SULFATE 15 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	3		CODEINE SULFATE 30 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	3		CODEINE SULFATE 60 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 75 MG CAPSULE	3		COLCHICINE 0.6 MG TABLET	1	
CLONAZEPAM 0.125 MG ODT TABLET	1		COLESEVELAM 3.75 G PACKET	2	
CLONAZEPAM 0.25 MG ODT TABLET	1		COLESEVELAM 625 MG TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL 1 GM TABLET	1	
CLONAZEPAM 1 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL GRANULES	1	
CLONAZEPAM 2 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL GRANULES PACKET	1	
CLONAZEPAM 0.5 MG TABLET	1		COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
CLONAZEPAM 1 MG TABLET	1		COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONAZEPAM 2 MG TABLET	1		COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.1 MG/DAY PATCH	1		COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.2 MG/DAY PATCH	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
CLONIDINE 0.3 MG/DAY PATCH	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 1/2"	2	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
CLONIDINE 0.2 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
CLONIDINE 0.3 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
CLONIDINE ER 0.1 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
CLORAZEPATE 3.75 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
CLORAZEPATE 7.5 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
CLORAZEPATE 15 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 33G	2	
CLOTTRIMAZOLE 10 MG LOZENGE	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL SOLUTION	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 33G	2	
CLOTTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE CREAM	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 32G	2	
CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE LOTION	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 33G	2	
CLOZAPINE 25 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
CLOZAPINE 50 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
CLOZAPINE 100 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
CLOZAPINE 200 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
CLOZAPINE ODT 12.5 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2		COMPRO 25 MG SUPPOSITORY	1	
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		CONSTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2		CONTACT DETACH INFUSION SET 23"	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2		CONTACT DETACH INFUSION SET 32"	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2		CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		CONTOUR SOLUTION	2	
COMFORT INFUSION SET 23" 17MM	2		COOL CONTROL A SOLUTION	2	
COMFORT INFUSION SET 32" 17MM	2		COOL CONTROL B SOLUTION	2	
COMFORT INFUSION SET 43" 17MM	2		CORTISONE 25 MG TABLET	1	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		CORTISPORIN CREAM	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/3"	2		CORTISPORIN OINTMENT	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/6"	2		COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COMFORT SHORT INFUSION SET 23"	2		COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COMFORT SHORT INFUSION SET 32"	2		COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COMFORT SHORT INFUSION SET 43"	2		COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	4	PA, QL, SRX
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 4MM	2		COSENTYX SENSOREADY 300MG DOSE-2PEN	4	PA, QL, SRX
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 5MM	2		COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	4	PA, QL, SRX
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 6MM	2		COTELLIC 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 8MM	2		COVARYX H.S. TABLET	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 4MM	2		COVARYX TABLET	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 5MM	2		CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	3	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 6MM	2		CRESEMBA 186 MG CAPSULE	3	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 8MM	2		CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 4MM	2		CROMOLYN 20 MG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 5MM	2		CROMOLYN 4% EYE DROPS	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 6MM	2		CROTAN 10% LOTION	2	
COMFORTSEAL LARGE MASK	2	QL	CRYSSELLE-28 TABLET	1	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	2	QL	CVS ALKALINE BATTERIES	2	
COMFORTSEAL SMALL MASK	2	QL	CVS KETONE CARE TEST STRIP	2	
COMIRNATY 30MCG/0.3ML	2		CYANOCOBALAMIN 1,000 MCG/ML VIAL	1	
COMIRNATY SYRINGE	2		CYANOCOBALAMIN 10,000 MCG/10ML VIAL	1	
COMIRNATY VIAL	2		CYANOCOBALAMIN 30,000 MCG/30ML VIAL	1	
COMPACT SPACE CHAMBER	2	QL	CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL	CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL	CYCLOMYDRIL EYE DROPS	3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL	CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	1	
COMPLERA TABLET	3	QL	CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	1	
COMPLETE NATAL DHA	1		CYCLOPENTOLATE 2% DROPS	1	
COMPLETENATE CHEWABLE TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	2		DASETTE 7/7/7-28 TABLET	1	
CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	1		DAYSEE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	3		DEBLITANE 0.35 MG TABLET	1	
CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	3		DEFERASIROX 90 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	1		DEFERASIROX 180 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	1		DEFERASIROX 360 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	1		DEFERASIROX 90 MG TABLET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	1		DEFERASIROX 180 MG TABLET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	1		DEFERASIROX 360 MG TABLET	4	PA, SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 100MG/ML ORAL SOLUTION	1		DEFERASIROX 125 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	DEFERASIROX 250 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	DEFERASIROX 500 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	DEFERIPRONE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX	DEFERIPRONE 1,000 MG TABLET (3X/DAY)	4	PA, SRX
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	4	PA, QL, SRX	DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	2	
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG	4	PA, QL, SRX	DEMECLOCYCLINE 150 MG TABLET	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	1		DEMECLOCYCLINE 300 MG TABLET	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	1		DENTA 5000 PLUS SENSITIVE PASTE	1	
CYRED 28 DAY TABLET	1		DENTA 5000 PLUS TOOTHPASTE	1	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	1		DENTAGEL 1.1% GEL	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX	DERMACINRX LIDOCAN 5% PATCH	1	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX	DESCOVY 120-15 MG TABLET	2	
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	3	PA, QL, LDD	DESCOVY 200-25 MG TABLET	2	
DABIGATRAN 75 MG CAPSULE	3	QL	DESIPRAMINE 10 MG TABLET	1	
DABIGATRAN 110 MG CAPSULE	3	QL	DESIPRAMINE 25 MG TABLET	1	
DABIGATRAN 150 MG CAPSULE	3	QL	DESIPRAMINE 50 MG TABLET	1	
DALFAMPRIDINE ER 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	DESIPRAMINE 75 MG TABLET	1	
DANAZOL 50 MG CAPSULE	1		DESIPRAMINE 100 MG TABLET	1	
DANAZOL 100 MG CAPSULE	1		DESIPRAMINE 150 MG TABLET	1	
DANAZOL 200 MG CAPSULE	1		DESLOTRADINE 2.5 MG ODT TABLET	1	QL
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	1		DESLOTRADINE 5 MG ODT TABLET	1	QL
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	1		DESLOTRADINE 5 MG TABLET	1	QL
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	1		DESMOPRESSIN 0.01% NASAL SPRAY	1	
DAPSONE 25 MG TABLET	3		DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML NASAL SPRAY	1	
DAPSONE 100 MG TABLET	3		DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	1	
DAPTACEL DTAP VACCINE	2		DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	1	
DARIFENACIN ER 7.5 MG TABLET	1		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 MG TABLET	1	
DARIFENACIN ER 15 MG TABLET	1		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL TABLET	1	
DARUNAVIR 600 MG TABLET	1		DESONIDE 0.05% CREAM	1	
DARUNAVIR 800 MG TABLET	1		DESONIDE 0.05% LOTION	1	
DASETTE 1-35-28 TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DESONIDE 0.05% OINTMENT	1	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2	
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 25 MG TABLET	1	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 50 MG TABLET	1	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 100MG TABLET	1	QL
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
DEXCOM G6 RECEIVER	2	PA, QL
DEXCOM G7 RECEIVER	2	PA, QL
DEXCOM G6 SENSOR	2	PA, QL
DEXCOM G7 SENSOR	2	PA, QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	2	PA, QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	3	QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 60 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 2.5 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE 10 MG TABLET	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXTROAMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 10 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 15 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 20 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 30 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 20 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 25 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 30 MG CAPSULE	1	QL
DIASTIX REAGENT TEST STRIP	2	
DIATRUE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
DIATRUE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
DIATRUE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
DIAZEPAM 25 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 10 MG TABLET	1	
DIAZOXIDE 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	1		DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	1	
DICLOFENAC POTASSIUM 50 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	1	
DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	1	QL	DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	1	
DICLOFENAC SODIUM DR 25 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	1	
DICLOFENAC SODIUM DR 50 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM DR 75 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 25 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	1	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	1	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	1	
DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	1		DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	1	
DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	1		DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	1		DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	1		DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	1	
DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	1		DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	1	
DIDANOSINE DR 400 MG CAPSULE	1		DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	1	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA, QL	DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DIFICID 200 MG TABLET	3	PA, QL	DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DIFLORASONE 0.05% CREAM	3		DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIFLORASONE 0.05% OINTMENT	3		DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	3	PA, QL
DIFLUNISAL 500 MG TABLET	1		DIMETHYL FUMARATE DR 120 MG CAPSULE	3	PA, QL
DIFLUPREDNATE 0.05% EYE DROPS	2		DIMETHYL FUMARATE DR 240 MG CAPSULE	3	PA, QL
DIGOX 125 MCG TABLET	1		DIPENTUM 250 MG CAPSULE	3	
DIGOX 250 MCG TABLET	1		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ELIXIR	3	
DIGOXIN 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	1		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	1		DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	1		DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10ML ORAL SOLUTION	1	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	1		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	1		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TABLET	1	
DIHYDROERGOTAMINE 1 MG/ML AMPULE	3	QL	DIPHTheria-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	2	
DILT XR 120 MG CAPSULE	1		DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	1	
DILT XR 180 MG CAPSULE	1		DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	1	
DILT XR 240 MG CAPSULE	1		DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1		DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	1		DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	1		DISULFIRAM 250 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	1		DISULFIRAM 500 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	1		DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	1	
DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	1		DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	1	
DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG CAPSULE	1	
DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG CAPSULE	1	
DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	1	
DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG TABLET	1	
DODEX 1,000 MCG/ML VIAL	1		DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG TABLET	1	
DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1	
DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	1	
DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	3	QL	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1	
DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	3	QL	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	1	
DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	3	QL	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 5 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 10 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 23 MG TABLET	1		DRONABINOL 2.5 MG CAPSULE	3	
DONEPEZIL ODT 5 MG TABLET	1		DRONABINOL 5 MG CAPSULE	3	
DONEPEZIL ODT 10 MG TABLET	1		DRONABINOL 10 MG CAPSULE	3	
DORZOLAMIDE 2% EYE DROPS	1		DROPLET 0.5 ML 29G 12.5MM(1/2)	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	1		DROPLET 0.5 ML 30G 12.5MM(1/2)	2	
DOTTI 0.025 MG PATCH	1	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.5MM	2	
DOTTI 0.0375 MG PATCH	1	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 6MM	2	
DOTTI 0.05 MG PATCH	1	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM	2	
DOTTI 0.075 MG PATCH	1	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 12.5MM	2	
DOTTI 0.1 MG PATCH	1	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2	
DOVATO 50-300 MG TABLET	3	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	2	
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 6MM(1/2)	2	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 8MM(1/2)	2	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM(1/2)	2	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM(1/2)	2	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	2	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 6MM	2	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	2	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12.5MM	2	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	1		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
DOXEPIN 5% CREAM	3	QL	DROPLET MICRON 34G 9/64"	2	
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1		DROPLET PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
DOXEPIN 3 MG TABLET	2	QL	DROPLET PEN NEEDLE 29G 3/8"	2	
DOXEPIN 6 MG TABLET	2	QL	DROPLET PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	1		DROPLET PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROPLET PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
DROPSAFE INSULIN 1ML 29G 12.5MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1	
DROXIA 200 MG CAPSULE	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE	3	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	3	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	1	QL
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	1	QL
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	1	QL
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	4	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	4	PA, SRX
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	1	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	2	QL
EASIVENT MASK-LARGE	2	QL
EASIVENT MASK-MEDIUM	2	QL
EASIVENT MASK-SMALL	2	QL
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32G 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 32G 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
EASY PLUS II CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EASY PLUS II CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-HIGH	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-LOW	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-NORMAL	2	
EASY TALK CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	2	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	2	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 27G 1/2"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH BLU LINK CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 3/4"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 5/8"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1.5"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 3/4"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 5/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 3/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 5/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 32G 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 5MM	2		ECONAZOLE 1% CREAM	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 8MM	2		ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	2		ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2		ED-SPAZ 0.125 MG ODT TABLET	1	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 27G 12.7MM	2		EDURANT 25 MG TABLET	2	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 28G 12.7MM	2		EEMT DS 1.25-2.5 MG TABLET	1	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 29G 12.7MM	2		EEMT HS 0.625-1.25 MG TABLET	1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	2		EFAVIRENZ 50 MG CAPSULE	1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 16MM	2		EFAVIRENZ 200 MG CAPSULE	1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	2		EFAVIRENZ 600 MG TABLET	1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	2		EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 600-200-300 MG TABLET	3	QL
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20G 1"	2		EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 400-300-300 MG TABLET	2	QL
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21G 1"	2		EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 600-300-300 MG TABLET	2	QL
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1"	2		EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1-1/2"	2		EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23G 1"	2		ELEMENT COMPACT SOLUTION HIGH	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 1"	2		ELEMENT COMPACT SOLUTION NORMAL	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2		ELEMENT CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML	2		ELEMENT CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION HIGH	2		ELEMENT CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION LOW	2		ELETRIPTAN 20 MG TABLET	2	QL
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL	2		ELETRIPTAN 40 MG TABLET	2	QL
EASYGLUCO PLUS CONTROL SOLUTION NORMAL	2		ELINEST-28 TABLET	1	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	2		ELIQUIS 2.5 MG TABLET	2	QL
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION	2		ELIQUIS 5 MG TABLET	2	QL
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1"	2		ELIQUIS DVT-PE 5 MG STARTER PACK	2	QL
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1-1/2"	2		ELITE-OB TABLET	1	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1"	2		ELLA 30 MG TABLET	3	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1-1/2"	2		ELMIRON 100 MG CAPSULE	3	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1"	2		ELURYNG VAGINAL RING	1	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1-1/2"	2		EMBRACE EVO LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1"	2		EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1-1/2"	2		EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASYPPOINT NEEDLE 23G 1"	2		EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1.5"	2		EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 5/8"	2		EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1"	2		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 16MM	2		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
EASYTOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 6MM	2		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
EC-NAPROXEN DR 375 MG TABLET	1				
EC-NAPROXEN DR 500 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		ENLYTE SOFTGEL	3	
EMBRACE PRO CONTROL SOLUTION	2		ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-HIGH(L2)	2		ENOXAPARIN 40 MG/0.4 ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-LOW(L1)	2		ENOXAPARIN 60 MG/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMCYT 140 MG CAPSULE	4	SRX	ENOXAPARIN 80 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMEND 125 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, SRX	ENOXAPARIN 100 MG/ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMGALITY 120 MG/ML PEN	2	PA	ENOXAPARIN 120 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMGALITY 100 MG/ML SYRINGE(1 OF 3)	2	PA	ENOXAPARIN 150 MG/ML SYRINGE	4	QL, SRX
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	2	PA	ENOXAPARIN 300 MG/3 ML VIAL	4	QL, SRX
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYRINGE)	2	PA	ENPRESSE-28 TABLET	1	
EMOQUETTE 28 DAY TABLET	1		ENSKYCE 28 TABLET	1	
EMTRICITABINE 200 MG CAPSULE	1		ENTACAPONE 200 MG TABLET	1	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG TABLET	1		ENTECAVIR 0.5 MG TABLET	4	SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG TABLET	1		ENTECAVIR 1 MG TABLET	4	SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG TABLET	1		ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	2	QL
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG TABLET	1		ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	2	QL
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2		ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	2	QL
EMVERM 100 MG CHEWABLE TABLET	3		ENULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	
EMZAHH 0.35 MG TABLET	1		EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
ENALAPRIL 2.5 MG TABLET	1		EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
ENALAPRIL 5 MG TABLET	1		EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
ENALAPRIL 10 MG TABLET	1		EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
ENALAPRIL 20 MG TABLET	1		EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, LDD
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG TABLET	1		EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION PACK	3	PA, LDD
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG TABLET	1		EPIFOAM FOAM	3	
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	4	PA, QL, SRX	EPINASTINE 0.05% EYE DROPS	1	
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	4	PA, QL, SRX	EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	1	QL
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	1	QL
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	EPITOL 200 MG TABLET	1	
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	4	PA, QL, SRX	EPLERENONE 25 MG TABLET	1	
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	4	PA, LDD, SRX	EPLERENONE 50 MG TABLET	1	
ENDOCET 2.5-325 MG TABLET	1	PA	EPROSARTAN 600 MG TABLET	1	
ENDOCET 5-325 MG TABLET	1	PA	EQ SPACE CHAMBER	2	QL
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	1	PA	EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL
ENDOCET 10-325 MG TABLET	1	PA	EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	3	PA	EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL
ENERGIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	2		EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE	2	
ENERGIX-B 20 MCG/ML VIAL	2		EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE	2	
ENERGIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRINGE	2		EQL INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
ENILLORING VAGINAL RING	1		EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ENLITE SERTER	2		EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
EQL PEN 8MM 31G 5/16" NEEDLE	2	
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TABLET	1	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ERLOTINIB 25 MG TABLET	4	PA, SRX
ERLOTINIB 100 MG TABLET	4	PA, SRX
ERLOTINIB 150 MG TABLET	4	PA, SRX
ERRIN 0.35 MG TABLET	1	
ERTACZO 2% CREAM	3	
ERY 2% PADS	1	
ERYTHROCIN 250 MG TABLET	3	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	1	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	1	
ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	1	
ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	1	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	2	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	1	QL
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	2	QL
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1	
ETAZOLAM 1 MG TABLET	1	
ETAZOLAM 2 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.01% CREAM	1	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	1	QL
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	1	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	1	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	1	
ESZOPICLONE 1 MG TABLET	1	
ESZOPICLONE 2 MG TABLET	1	
ESZOPICLONE 3 MG TABLET	1	
ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	1	
ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	1	
ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	1	
ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
ETHYL CHLORIDE SPRAY	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ETODOLAC 200 MG CAPSULE	1	
ETODOLAC 300 MG CAPSULE	1	
ETODOLAC 400 MG TABLET	1	
ETODOLAC 500 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 400 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 500 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 600 MG TABLET	1	
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	1	
ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	4	SRX
ETRAVIRINE 100 MG TABLET	1	
ETRAVIRINE 200 MG TABLET	1	
EURAX 10% CREAM	3	
EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EUTHYROX 88 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	2	
EUTHYROX 100 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	2	
EUTHYROX 112 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	2	
EUTHYROX 125 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	2	
EUTHYROX 137 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	2	
EUTHYROX 150 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	2	
EUTHYROX 175 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	2	
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	2	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	2		EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	2	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	2		EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	2	
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	4	SRX	EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	2	
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	4	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	2	
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	4	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	2	
EVEROLIMUS 1 MG TABLET	4	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	2	
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 20G 1" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 20G 1-1/2" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 21G 1" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 21G 1-1/2" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 1" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 1-1/2" 3 ML	2	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 3/4" 3 ML	2	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION NORMAL	2		EXEL SYRINGE 23G 1" 3 ML	2	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	2		EXEL SYRINGE 25G 1" 3 ML	2	
EXEL 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	2		EXEL U100 0.3 ML 29G 1/2"	2	
EXEL HUBER 22G 3/4" NEEDLE	2		EXEL U100 0.3 ML 30G 5/16"	2	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 1"	2		EXEL U100 0.5 ML 28G 1/2"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 16G 1"	2		EXEL U100 0.5 ML 29G 1/2"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1"	2		EXEL U100 0.5 ML 30G 5/16"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1.5"	2		EXEL U100 1 ML 30G 5/16"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1"	2		EXEL U100 INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2	2	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1.5"	2		EXEMESTANE 25 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 0.75"	2		EXTENDED RESERVOIR 3 ML	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1"	2		EZETIMIBE 10 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1.5"	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-10 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1"	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-20 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	2		FACTIVE 320 MG TABLET	3	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	2		FALMINA-28 TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	2		FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	2		FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	3	PA
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	1		FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	3	PA
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	3	PA
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	3	PA
FARXIGA 5 MG TABLET	2	QL	FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	3	PA
FARXIGA 10 MG TABLET	2	QL	FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	3	PA
FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	3	QL	FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, LDD
FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	3	QL	FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	3	QL
FELBAMATE 600 MG/5 ML SUSPENSION	3		FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	3	QL
FELBAMATE 400 MG TABLET	3		FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	3	QL, ST
FELBAMATE 600 MG TABLET	3		FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	3	QL, ST
FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	1		FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	3	QL, ST
FELODIPINE ER 5 MG TABLET	1		FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	3	QL, ST
FELODIPINE ER 10 MG TABLET	1		FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	3	QL, ST
FEM PH VAGINAL JELLY	1		FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	1		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	1		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	1		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	1		FIFTY50 PEN 31G 3/16" NEEDLE	2	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	1		FIFTY50 PEN 31G 5/16" NEEDLE	2	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	1		FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	1		FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	1		FILTER ASPIRATOR NEEDLE	2	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	1		FILTER NEEDLE	2	
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	1		FILTER NEEDLE 19G 1-1/2"	2	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	1		FILTER NEEDLE 5 MICRON	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	1		FINASTERIDE 5 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	1		FINGOLIMOD 0.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
FENOFIBRIC ACID 35 MG TABLET	1		FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
FENOFIBRIC ACID 105 MG TABLET	1		FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG CAPSULE	1		FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG CAPSULE	1		FLAC OTIC OIL 0.01% EAR DROPS	1	
FENOPROFEN 600 MG TABLET	2		FLAVOXATE 100 MG TABLET	1	
FENTANYL 12 MCG/HR PATCH	2	PA	FLECAINIDE 50 MG TABLET	1	
FENTANYL 25 MCG/HR PATCH	2	PA	FLECAINIDE 100 MG TABLET	1	
FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	2	PA	FLECAINIDE 150 MG TABLET	1	
FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	2	PA	FLEXICHAMBER	2	QL
FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	2	PA	FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	2	QL
FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	2	PA	FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	2	QL
FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	2	PA	FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	2	QL
FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	2	PA	FLOW-EZE VENTED NEEDLE	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUAD	2	
FLUARIX	2	
FLUBLOK	2	
FLUCELVAX	2	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML SUSPENSION	1	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	1	
FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	1	
FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	3	
FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	3	
FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	1	
FLULAVAL	2	
FLUMIST	2	
FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	1	
FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	1	
FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	1	
FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	1	
FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	1	
FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	1	
FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	1	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	1	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	1	
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	1	
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	1	
FLUOCINONIDE-E 0.05% CREAM	1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% TOOTHPASTE	1	
FLUORIDEX SENSITIVE RELIEF TOOTHPASTE	1	
FLUORIMAX 5000 1.1% TOOTHPASTE	1	
FLUOROMETHOLONE 0.1% EYE DROPS	1	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	3	
FLUOROURACIL 5% CREAM	1	
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	1	QL
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	1	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	1	
FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	3	
FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	1	
FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	1	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	1	
FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	1	
FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	1	
FLUTICASONE 0.05% CREAM	1	
FLUTICASONE 0.05% LOTION	1	
FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	1	
FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	1	
FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	1	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	1	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	1	QL
FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	2	
FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	2	
FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	2	
FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE 100 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE ER 100 MG CAPSULE	1	QL
FLUVOXAMINE ER 150 MG CAPSULE	1	QL
FLUZONE	2	
FLUZONE HIGH-DOSE	2	
FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE	1	
FOLLISTIM AQ 300 UNIT CARTRIDGE	4	PA, SRX
FOLLISTIM AQ 600 UNIT CARTRIDGE	4	PA, SRX
FOLLISTIM AQ 900 UNIT CARTRIDGE	4	PA, SRX
FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FORA HIGH CONTROL SOLUTION	2		FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1	2		FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FORA LOW CONTROL SOLUTION	2		FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	2		FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	2		FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	2		FUZEON 90 MG VIAL	4	SRX
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	2		FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	1	
FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL	FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	1	
FORTISCARE CONTROL SOLUTION HIGH	2		FYCOMPA 2 MG TABLET	3	PA, QL
FORTISCARE CONTROL SOLUTION LOW	2		FYCOMPA 4 MG TABLET	3	PA, QL
FORTISCARE CONTROL SOLUTION NORMAL	2		FYCOMPA 6 MG TABLET	3	PA, QL
FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	1		FYCOMPA 8 MG TABLET	3	PA, QL
FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	2		FYCOMPA 10 MG TABLET	3	PA, QL
FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1		FYCOMPA 12 MG TABLET	3	PA, QL
FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1		GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	1	
FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1		GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1		GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1		GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	3		GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	3		GABAPENTIN 600 MG TABLET	1	
FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GABAPENTIN 800 MG TABLET	1	
FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE 4 MG TABLET	1	
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE 8 MG TABLET	1	
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE 12 MG TABLET	1	
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	1	QL
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	4	QL, SRX	GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	1	QL
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	4	QL, SRX	GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	1	QL
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	4	QL, SRX	GALZIN 25 MG CAPSULE	3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	2		GALZIN 50 MG CAPSULE	3	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	2	PA, QL	GARDASIL 9 SYRINGE	2	
FREESTYLE LIBRE 3 READER	2	PA, QL	GARDASIL 9 VIAL	2	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	2	PA, QL	GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	2	PA, QL	GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	4	PA, LDD, SRX
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	2	PA, QL	GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	4	PA, LDD, SRX
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	2	PA, QL	GATTEX 5 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30G 5/16"	2		GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	1	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31G 5/16"	2		GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	1	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30G 5/16"	2		GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	1	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31G 5/16"	2		GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL	GEFITINIB 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	1		GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		GLIPIZIDE XL 2.5 MG TABLET	1	
GENERLAC 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1		GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1	
GENGRAF 25 MG CAPSULE	1		GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1	
GENGRAF 100 MG CAPSULE	1		GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	1	
GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1		GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	1	
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	4	PA, SRX	GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	1	
GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	4	PA, SRX	GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	2	QL
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	1		GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	1		GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	1		GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	1		GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	1	
GENVOYA TABLET	3	QL	GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	1	
GIANVI 3 MG-0.02 MG TABLET	1		GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	1	
GILOTRIF 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCINE 1.5% IRRIGATION	1	
GILOTRIF 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	1	
GILOTRIF 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	1	
GLATIRAMER 20 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GLYDO 2% JELLY SYRINGE	1	
GLATIRAMER 40 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	2	
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	2	
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP EASY TOUCH HIGH-LOW SOLUTION	2	
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
GLIMEPIRIDE 1 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPAK 31G 5MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GNP ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM	2		GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	2	
GNP ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM	2		GUARDIAN RT REPLACE TEST PLUG	2	
GNP ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM	2		GUARDIAN TEST PLUG	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.3ML 29G 1/2"	2		GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	2		GYNAZOLE 1 2% CREAM	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	2		HAILEY 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2		HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	2		HAILEY FE 1-20 TABLET	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	2		HAILEY FE 1.5-30 TABLET	1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYRINGE	2		HALCINONIDE 0.1% CREAM	3	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	2		HALOBETASOL 0.05% CREAM	1	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL	2		HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	1	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION-L1	2		HALOETTE VAGINAL RING	1	
GONAL-F 450 UNITS VIAL	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 0.5 MG TABLET	1	
GONAL-F 1,050 UNITS VIAL	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 1 MG TABLET	1	
GONAL-F RFF 75 UNIT VIAL	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 2 MG TABLET	1	
GONAL-F RFF REDI-JECT 300 UNIT	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 5 MG TABLET	1	
GONAL-F RFF REDI-JECT 450 UNIT	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 10 MG TABLET	1	
GONAL-F RFF REDI-JECT 900 UNIT	4	PA, SRX	HALOPERIDOL 20 MG TABLET	1	
GRANISETRON 1 MG TABLET	3		HALOPERIDOL LACTATE 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
GRANISETRON 0.1 MG/ML VIAL	3		HALOPERIDOL LACTATE 10 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	
GRANISETRON 1 MG/ML VIAL	3		HARVONI 33.75-150 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
GRANISETRON 4 MG/4 ML VIAL	3		HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
GRATESTK 2,800 BAU SL TABLET	3	PA, QL	HARVONI 45-200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		HARVONI 90-400 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
GRISEOFULVIN MICRO 500 MG TABLET	2		HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE	2	
GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG TABLET	2		HAVRIX 1,440 UNIT/ML SYRINGE	2	
GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG TABLET	2		HEALTHPRO CONTROL SOLUTION-L1, L3	2	
GS PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 31G 5MM	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 31G 6MM	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 31G 8MM	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 32G 4MM	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 32G 6MM	2		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
GUANFACINE 1 MG TABLET	1		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
GUANFACINE 2 MG TABLET	1		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
GUANFACINE ER 1 MG TABLET	1	QL	HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
GUANFACINE ER 2 MG TABLET	1	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G	2	
GUANFACINE ER 3 MG TABLET	1	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G	2	
GUANFACINE ER 4 MG TABLET	1	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G	2	
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER	2				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G	2		HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UV-ADOL HS 80-40	4	PA, QL, SRX
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G	2		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	2	QL
HEATHER 0.35 MG TABLET	1		HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HEB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/17	2		HUMULIN R 500 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HEMA-COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	2		HUMULIN 70-30 VIAL	2	QL
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOSITORY	1		HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
HEMMOREX-HC 30 MG SUPPOSITORY	1		HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML INJECTION	1		HUMULIN R 500 UNIT/ML VIAL	2	QL
HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	1		HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	4	PA, SRX
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	2		HYCANTIN 1 MG CAPSULE	4	PA, SRX
HER STYLE 1.5 MG TABLET	1		HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1	
HIBERIX VACCINE VIAL	2		HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1	
HIBERIX VIAL AND DILUENT SYRINGE	2		HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1	
HIBERIX VIAL WITH DILUENT VIAL	2		HYDRALAZINE 100 MG TABLET	1	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2		HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG CAPSULE	1	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 5MM 31G	2		HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET	1	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2		HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG TABLET	1	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2		HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG TABLET	1	
HOMATROPAIRE 5% EYE DROPS	1		HYDROCODONE ER 20 MG TABLET	1	PA
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	2	QL	HYDROCODONE ER 30 MG TABLET	1	PA
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL	HYDROCODONE ER 40 MG TABLET	1	PA
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL	HYDROCODONE ER 60 MG TABLET	1	PA
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL	HYDROCODONE ER 80 MG TABLET	1	PA
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	2	QL	HYDROCODONE ER 100 MG TABLET	1	PA
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	2	QL	HYDROCODONE ER 120 MG TABLET	1	PA
HUMALOG MIX 50-50 VIAL	2	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-108MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	2	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-217 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HUMALOG TEMPO PEN 100 UNIT/ML	2	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-300 MG TABLET	1	PA
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UEITIS-ADOL HS 40 MG	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300 MG TABLET	1	PA
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	1	PA
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG TABLET	1	PA
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	1	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80 MG/0.8	4	PA, QL, LDD, SRX			
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80-40 MG	4	PA, QL, LDD, SRX			
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	4	PA, QL, SRX			
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX			
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 80 MG	4	PA, QL, SRX			
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG	4	PA, QL, LDD, SRX			

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER SUSPENSION	1		HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG TABLET	1	QL	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	1	
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	HYDROXYZINE 10 MG TABLET	1	
HYDROCODONE-HOMATROPINE ORAL SOLUTION	1	QL	HYDROXYZINE 25 MG TABLET	1	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 5-200 MG TABLET	1	PA	HYDROXYZINE 50 MG TABLET	1	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5 MG-200 MG TABLET	1	PA	HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	1	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 10 MG-200 MG TABLET	1	PA	HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	1	
HYDROCORTISONE 1% CREAM	1		HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	1	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	1		HYOPHEN TABLET	1	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	1	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	1	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	1	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	1		HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	1		HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	1		HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	1	
HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	1		HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2		HYPO NEEDLE,POLYPROPYL HUB	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2		HYPODERMIC NEEDLE,ALUM HUB	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2		IBANDRONATE 150 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	1		IBRANCE 75 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	1		IBRANCE 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	1		IBRANCE 125 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC EAR DROPS	1		IBRANCE 75 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	IBRANCE 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	IBRANCE 125 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	IBU 400 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	1	PA	IBU 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	1	PA	IBU 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	1	PA	ICATIBANT 30 MG/3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	1	PA	ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	1		ICLUSIG 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	1		ICLUSIG 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
			ICLUSIG 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
			ICLUSIG 45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
			ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	3	PA

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ICOSAPENT ETHYL 1 GRAM CAPSULE	3	PA	INFANRIX DTAP VIAL	2	
ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	3	PA	INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH	2	
ILARIS 150 MG/ML VIAL	4	PA, LDD, SRX	INFINITY CONTROL SOLUTION LOW	2	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6 MM	2		INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23"6MM	2		INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LVL 2	2	
IMATINIB 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	INJECT-EASE SYRINGE NEEDLE INTRODUCER	2	
IMATINIB 400 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	INLYTA 1 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	INLYTA 5 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	2	
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	4	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) GREY	2	
IMBRUVICA 140 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) PINK	2	
IMBRUVICA 280 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	2	
IMBRUVICA 420 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	2	
IMBRUVICA 560 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	2	
IMIPRAMINE 10 MG TABLET	1		INSUL-CAP INSULIN HOLDER	2	
IMIPRAMINE 25 MG TABLET	1		INSULIN 3/10 ML SYRINGE	2	
IMIPRAMINE 50 MG TABLET	1		INSULIN 1/2 ML SYRINGE	2	
IMIPRAMINE PAMOATE 75 MG CAPSULE	2		INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
IMIPRAMINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CARTRIDGE	3	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 125 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN	3	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 150 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	1		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 PEN	3	QL, ST
INCASSIA 0.35 MG TABLET	1		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST
IN-CHECK NASAL WITH MASK	2		INSULIN CARTRIDGE 3 ML	2	
IN-CHECK ORAL FLOW METER	2		INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	2	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 13MM	2	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INHALER	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
INDAPAMIDE 1.25 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
INDAPAMIDE 2.5 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
INDOMETHACIN ER 75 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	2	
INFANRIX DTAP SYRINGE	2		INSULIN SYRINGE 1 ML	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	2		ISENTRESS 400 MG TABLET	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 13MM	2		ISENTRESS HD 600 MG TABLET	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2		ISIBLOOM 28 DAY TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 13MM	2		ISONIAZID 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		ISONIAZID 100 MG TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2		ISONIAZID 300 MG TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	2		ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	1	
INSULIN-EZE SYRINGE MAGNIFIER	2		ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	1	
INSUPEN 30G ULTRAFINE NEEDLE	2		ISOSORBIDE MONONITRATE 10 MG TABLET	1	
INSUPEN 31G ULTRAFINE NEEDLE	2		ISOSORBIDE MONONITRATE 20 MG TABLET	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE	2		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29G 12MM	2		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG TABLET	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 30G 8MM	2		ISOTRETINOIN 10 MG CAPSULE	3	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5MM	2		ISOTRETINOIN 20 MG CAPSULE	3	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	2		ISOTRETINOIN 30 MG CAPSULE	3	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 3/16"	2		ISOTRETINOIN 40 MG CAPSULE	3	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		ISOXSUPRINE 10 MG TABLET	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 6MM	2		ISOXSUPRINE 20 MG TABLET	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	2		ISRADIPINE 2.5 MG CAPSULE	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM	2		ISRADIPINE 5 MG CAPSULE	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 5/32"	2		ITRACONAZOLE 100 MG CAPSULE	2	QL
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM	2		ITRACONAZOLE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 8MM	2		ITRACONAZOLE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33G 4MM	2		IVERMECTIN 0.5% LOTION	3	
INTELENCE 25 MG TABLET	2		IVERMECTIN 3 MG TABLET	1	PA
IPOLE VIAL	2		JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
IPRATROPIUM 0.02% INHALATION SOLUTION	1		JAKAFI 5 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM 0.03% NASAL SPRAY	1		JAKAFI 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM 0.06% NASAL SPRAY	1		JAKAFI 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM-ALBUTEROL 0.5-3(2.5) MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1		JAKAFI 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IRBESARTAN 75 MG TABLET	1		JAKAFI 25 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
IRBESARTAN 150 MG TABLET	1		JANSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	2	
IRBESARTAN 300 MG TABLET	1		JANTOVEN 1 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 150-12.5 MG TABLET	1		JANTOVEN 2 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 300-12.5 MG TABLET	1		JANTOVEN 2.5 MG TABLET	1	
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	2		JANTOVEN 3 MG TABLET	1	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	2		JANTOVEN 4 MG TABLET	1	
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET	2		JANTOVEN 5 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
JANTOVEN 6 MG TABLET	1		KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2	
JANTOVEN 7.5 MG TABLET	1		KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2	
JANTOVEN 10 MG TABLET	1		KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2	
JANUMET 50-500 MG TABLET	2	QL	KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	1	
JANUMET 50-1,000 MG TABLET	2	QL	KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	1	
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	2	QL	KETOROLAC 10 MG TABLET	1	QL
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	2	QL	KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	2	
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	2	QL	KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	4	PA, QL, LDD, SRX
JANUVIA 25 MG TABLET	2	QL	KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
JANUVIA 50 MG TABLET	2	QL	KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
JANUVIA 100 MG TABLET	2	QL	KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
JARDIANCE 10 MG TABLET	2	QL	KINRIX TIP-LOK SYRINGE	2	
JARDIANCE 25 MG TABLET	2	QL	KINRIX VIAL	2	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	1		KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	1	
JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1		KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	2	QL	KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	2	QL	KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	2	QL	KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL	KLOR-CON 8 MEQ TABLET	1	
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL	KLOR-CON 10 MEQ TABLET	1	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	1		KLOR-CON 20 MEQ PACKET	1	
JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		KLOR-CON M10 TABLET	1	
JOYEAX-28 TABLET	1		KLOR-CON M15 TABLET	3	
JULEBER 28 DAY TABLET	1		KLOR-CON M20 TABLET	1	
JULUCA 50-25 MG TABLET	3	QL	KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	2	
JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1		KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	2	
JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	1	
JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		K-PHOS #2 TABLET	3	
JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		K-PHOS ORIGINAL TABLET	3	
JUNEL FE 24 TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEWABLE TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
KALLIGA 28 DAY TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
KARIVA 28 DAY TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
KELNOR 1-35 28 TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
KELNOR 1-50 TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	4	PA, SRX	KRO PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
KETOCONAZOLE 2% CREAM	1		KRO PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	1		KROGER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	1		KROGER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	2		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
KETONE TEST STRIP	2		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		LAMOTRIGINE ODT KIT (GREEN)	1	
KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		LAMOTRIGINE ODT KIT (ORANGE)	1	
KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-BLUE	1	
KURVELO-28 TABLET	1		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-GREEN	1	
LABETALOL 100 MG TABLET	1		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-ORANGE	1	
LABETALOL 200 MG TABLET	1		LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	1	QL
LABETALOL 300 MG TABLET	1		LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	1	QL
LABSTIX REAGENT TEST STRIP	2		LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2	
LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL	LANTHANUM 500 MG CHEWABLE TABLET	3	
LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	LANTHANUM 750 MG CHEWABLE TABLET	3	
LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	QL	LANTHANUM 1,000 MG CHEWABLE TABLET	3	
LACOSAMIDE 50 MG TABLET	2	QL	LAPATINIB 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
LACOSAMIDE 100 MG TABLET	2	QL	LARIN 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
LACOSAMIDE 150 MG TABLET	2	QL	LARIN 21 1-20 TABLET	1	
LACOSAMIDE 200 MG TABLET	2	QL	LARIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	3		LARIN FE 1-20 TABLET	1	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	1		LARIN FE 1.5-30 TABLET	1	
LACTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	1	
LACTULOSE 20 GM/30 ML ORAL SOLUTION	1		LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	3	
LAMIVUDINE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
LAMIVUDINE 150 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
LAMIVUDINE 300 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
LAMIVUDINE HBV 100 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 5 MG DISPERSIBLE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 25 MG DISPERSIBLE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	1		LEADER PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	1		LEADER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE ER 25 MG TABLET	2		LEADER SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE ER 50 MG TABLET	2		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400MG TABLET	4	PA, QL, SRX
LAMOTRIGINE ER 100 MG TABLET	2		LEENA 28 TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 200 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 10 MG TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 250 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 20 MG TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 300 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 2.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 25 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 50 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 10 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 100 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 15 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 200 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (BLUE)	1		LENALIDOMIDE 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LENVIMA 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	1	
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 1.5% EYE DROPS	1	
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	1	
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	1	
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	1	
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVONEST-28 TABLET	1	
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX	LEVONORGESTREL 1.5 MG TABLET	1	
LESSINA-28 TABLET	1		LEVONORGESTREL 0.15 MG-ETHINYL ESTRADIOL 20-25-30 MCG TABLET	1	
LETROZOLE 2.5 MG TABLET	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.09-0.02 MG TABLET	1	
LEUCOVORIN 5 MG TABLET	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02 MG TABLET	1	
LEUCOVORIN 10 MG TABLET	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LEUCOVORIN 15 MG TABLET	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 TABLET	1	
LEUCOVORIN 25 MG TABLET	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03-0.01 TABLET	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	3		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TRIPHASIC TABLET	1	
LEUKINE 250 MCG VIAL	4	SRX	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE BIS 0.1-0.02-36 TABLET	1	
LEUPROLIDE 2 WEEK 14 MG/2.8 ML KIT	4	PA, SRX	LEVORA-28 TABLET	1	
LEVALBUTEROL 0.31 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1		LEVORPHANOL 2 MG TABLET	4	PA, SRX
LEVALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1		LEVORPHANOL 3 MG TABLET	4	PA, SRX
LEVALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1		LEVO-T 25 MCG TABLET	1	
LEVALBUTEROL CONCENTRATE 1.25 MG/0.5 INHALATION SOLUTION	1		LEVO-T 50 MCG TABLET	1	
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA 45 MCG INHALER	1	QL	LEVO-T 75 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1		LEVO-T 88 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		LEVO-T 100 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 1,000 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1		LEVO-T 112 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	1		LEVO-T 125 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	1		LEVO-T 137 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	1		LEVO-T 150 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	1		LEVO-T 175 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM ER 500 MG TABLET	1		LEVO-T 200 MCG TABLET	1	
LEVETIRACETAM ER 750 MG TABLET	1		LEVO-T 300 MCG TABLET	1	
LEVOBUNOLOL 0.5% EYE DROPS	1		LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1	
LEVOCARNITINE 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1	
LEVOCARNITINE 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	1		LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1	
LEVOCARNITINE SF 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	1		LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1	
LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	1				
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1				
LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LIOthyronine 50 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 10 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 20 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 30 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 40 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 50 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 60 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 70 MG CAPSULE	1	PA, QL
LEVOXYL 25 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 50 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 20 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 75 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 30 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 88 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 40 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 100 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 50 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 112 MCG TABLET	1		LISDEXAMFETAMINE 60 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LEVOXYL 125 MCG TABLET	1		LISINOPRIL 2.5 MG TABLET	1	
LEVOXYL 137 MCG TABLET	1		LISINOPRIL 5 MG TABLET	1	
LEVOXYL 150 MCG TABLET	1		LISINOPRIL 10 MG TABLET	1	
LEVOXYL 175 MCG TABLET	1		LISINOPRIL 20 MG TABLET	1	
LEVOXYL 200 MCG TABLET	1		LISINOPRIL 30 MG TABLET	1	
LEVULAN KERASTICK 20%	3		LISINOPRIL 40 MG TABLET	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	2		LISINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY	1		LISINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	1		LISINOPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	1		LITE TOUCH 31G 1/4" PEN NEEDLE	2	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	1	QL	LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYRINGE	2	
LIDOCAINE 2% VISCOUS ORAL SOLUTION	1		LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
LIDOCAINE 5% PATCH	1		LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	1		LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G	2	
LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM	1		LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G	2	
LIDOCAN III 5% PATCH	1		LITEAIR MDI CHAMBER	2	QL
LIDOCAN IV 5% PATCH	1		LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
LIDOCAN V 5% PATCH	1		LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	2		LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
LINDANE 1% SHAMPOO	1		LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	3	PA	LITETOUCH LARGE MASK	2	QL
LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA	LITETOUCH MEDIUM MASK	2	QL
LINZESS 72 MCG CAPSULE	3	QL	LITETOUCH SMALL MASK	2	QL
LINZESS 145 MCG CAPSULE	3	QL	LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
LINZESS 290 MCG CAPSULE	3	QL	LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
LIOthyronine 5 MCG TABLET	1		LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
LIOthyronine 25 MCG TABLET	1		LITETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		LOXAPINE 5 MG CAPSULE	1	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		LOXAPINE 10 MG CAPSULE	1	
LITHIUM 8 MEQ/5 ML ORAL SOLUTION	1		LOXAPINE 25 MG CAPSULE	1	
LITHIUM CARBONATE 150 MG CAPSULE	1		LOXAPINE 50 MG CAPSULE	1	
LITHIUM CARBONATE 300 MG CAPSULE	1		LO-ZUMANDIMINE 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LITHIUM CARBONATE 600 MG CAPSULE	1		LUBIPROSTONE 8 MCG CAPSULE	3	
LITHIUM CARBONATE 300 MG TABLET	1		LUBIPROSTONE 24 MCG CAPSULE	3	
LITHIUM CARBONATE ER 300 MG TABLET	1		LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	2	QL
LITHIUM CARBONATE ER 450 MG TABLET	1		LURASIDONE 20 MG TABLET	3	QL
LITHOSTAT 250 MG TABLET	3		LURASIDONE 40 MG TABLET	3	QL
LIVE BETTER PEN NEEDLE 8MM	2		LURASIDONE 60 MG TABLET	3	QL
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	2		LURASIDONE 80 MG TABLET	3	QL
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TABLET	1		LURASIDONE 120 MG TABLET	3	QL
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	3		LUTERA-28 TABLET	1	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	3		LYLEQ 0.35 MG TABLET	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	4	PA, SRX, LDD	LYLLANA 0.025 MG PATCH	1	QL
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	4	PA, SRX, LDD	LYLLANA 0.0375 MG PATCH	1	QL
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	1		LYLLANA 0.05 MG PATCH	1	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 80-20 MG/ML ORAL SOLUTION	1		LYLLANA 0.075 MG PATCH	1	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 100-25 MG TABLET	1		LYLLANA 0.1 MG PATCH	1	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 200-50 MG TABLET	1		LYNPARZA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1		LYNPARZA 150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1		LYSODREN 500 MG TABLET	3	LDD
LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	1		LYZA 0.35 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 1 MG TABLET	1		MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
LORAZEPAM 2 MG TABLET	1		MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML ELIXIR	1	PA	MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	1		MALATHION 0.5% LOTION	2	
LOSARTAN 25 MG TABLET	1		MARLISSA-28 TABLET	1	
LOSARTAN 50 MG TABLET	1		MARPLAN 10 MG TABLET	3	
LOSARTAN 100 MG TABLET	1		MATZIM LA 180 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG TABLET	1		MATZIM LA 240 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG TABLET	1		MATZIM LA 300 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG TABLET	1		MATZIM LA 360 MG TABLET	1	
LOTEPREDNOL 0.5% DROPS	2		MATZIM LA 420 MG TABLET	1	
LOTEPREDNOL 0.5% EYE GEL	2		MAXICOMFORT INSULIN 0.5ML 27G 1/2"	2	
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1		MAXICOMFORT INSULIN 1 ML 27G 1/2"	2	
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1		MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 5MM	2	
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1		MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 8MM	2	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	1		MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
			MAXI-COMFORT INSULIN 0.5 ML 28G	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MAXI-COMFORT INSULIN 1 ML 28G 1/2"	2		MENQUADFI VIAL	2	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	1		MENVEO 1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP	2	
MECLIZINE 25 MG TABLET	1		MENVEO A-C-Y-W KIT (2 VIALS)	2	
MECLOFENAMATE 50 MG CAPSULE	1		MEPERIDINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	1		MEPERIDINE 50 MG TABLET	2	PA
MEDICATION TRANSFER NEEDLE	2		MEPROBAMATE 200 MG TABLET	2	
MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	2		MEPROBAMATE 400 MG TABLET	2	
MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	2		MERCAPTOPYRINE 50 MG TABLET	1	
MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	2		MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	2		MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA	3	
MEDPOINT CONTROL SOLUTION	2		MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA KIT	3	
MEDROL 2 MG TABLET	3		MESALAMINE 800 MG DR TABLET	3	
MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 0.375 GRAM CAPSULE	2	
MEDROXYPROGESTERONE 5 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 500 MG CAPSULE	3	
MEDROXYPROGESTERONE 10 MG TABLET	1		MESNEX 400 MG TABLET	4	SRX
MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML	1		METAXALL 800 MG TABLET	3	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 6MM	2		METAXALONE 400 MG TABLET	3	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 9MM	2		METAXALONE 800 MG TABLET	3	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 9MM	2		METFORMIN 500 MG TABLET	1	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	2		METFORMIN 850 MG TABLET	1	
MEFENAMIC ACID 250 MG CAPSULE	2		METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
MEFLOQUINE 250 MG TABLET	1	QL	METFORMIN ER 500 MG TABLET	1	
MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	1		METFORMIN ER 750 MG TABLET	1	
MEGESTROL 400 MG/10ML SUSPENSION	1		METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	3		METHADONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
MEGESTROL 20 MG TABLET	1		METHADONE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
MEGESTROL 40 MG TABLET	1		METHADONE 5 MG TABLET	1	PA
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL, SRX	METHADONE 10 MG TABLET	1	PA
MEKINIST 0.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	METHADONE INTENSOL 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
MEKINIST 2 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	METHAMPHETAMINE 5 MG TABLET	3	QL
MELODETTA 24 FE CHEWABLE TABLET	1		METHAZOLAMIDE 25 MG TABLET	2	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1		METHAZOLAMIDE 50 MG TABLET	2	
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHENAMINE HIPPURATE 1 GM TABLET	1	
MEMANTINE 2 MG/ML ORAL SOLUTION	1		METHENAMINE MANDELATE 500 MG TABLET	1	
MEMANTINE 5 MG TABLET	1		METHENAMINE MANDELATE 1 GM TABLET	1	
MEMANTINE 10 MG TABLET	1		METHERGINE 0.2 MG TABLET	3	
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PACK	1		METHIMAZOLE 5 MG TABLET	1	
MENEST 0.3 MG TABLET	3		METHIMAZOLE 10 MG TABLET	1	
MENEST 0.625 MG TABLET	3		METHITEST 10 MG TABLET	4	SRX
MENEST 1.25 MG TABLET	3		METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	1	
MENEST 2.5 MG TABLET	3				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE LA 10 MG CAPSULE	2	QL
METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE LA 20 MG CAPSULE	2	QL
METHOXSALIN 10 MG SOFTGEL	3		METHYLPHENIDATE LA 30 MG CAPSULE	2	QL
METHSCOPOLAMINE 2.5 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE LA 40 MG CAPSULE	2	QL
METHSCOPOLAMINE 5 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE LA 60 MG CAPSULE	2	QL
METHSUXIMIDE 300 MG CAPSULE	3		METHYLPREDNISOLONE 4 MG DOSEPACK	1	
METHYLDOPA 250 MG TABLET	1		METHYLPREDNISOLONE 4 MG TABLET	1	
METHYLDOPA 500 MG TABLET	1		METHYLPREDNISOLONE 8 MG TABLET	1	
METHYLDOPA-HCTZ 250-15 MG TABLET	1		METHYLPREDNISOLONE 16 MG TABLET	1	
METHYLDOPA-HCTZ 250-25 MG TABLET	1		METHYLPREDNISOLONE 32 MG TABLET	1	
METHYLERGONOVINE 0.2 MG TABLET	3		METHYLTESTOSTERONE 10 MG CAPSULE	4	SRX
METHYLPHENIDATE 2.5 MG CHEWABLE TABLET	1	QL	METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
METHYLPHENIDATE 5 MG CHEWABLE TABLET	1	QL	METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	
METHYLPHENIDATE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	QL	METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	METOLAZONE 2.5 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	1	QL	METOLAZONE 5 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	1	QL	METOLAZONE 10 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE 20 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 10 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 20 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 100 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 30 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 200 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 40 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 50 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 60 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL TARTRATE 75 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 50-25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	1	QL	METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 10MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 20MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 30MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 40MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 50MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 60MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 10MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 20MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 30MG CAPSULE	2	QL	METYROSINE 250 MG CAPSULE	4	PA, SRX
METHYLPHENIDATE ER(LA) 40MG CAPSULE	2	QL	MEXILETINE 150 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MEXILETINE 200 MG CAPSULE	1	QL	MINIMED INFUSION SET	2	
MEXILETINE 250 MG CAPSULE	1		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"6MM	2	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"9MM	2	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	1		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"6MM	2	
MICROCHAMBER	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"9MM	2	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	2		MINIMED MIO INFUSION SET 18" 6MM	2	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	2		MINIMED MIO INFUSION SET 23" 6MM	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 31G 6MM	2		MINIMED MIO INFUSION SET 32" 6MM	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 32G 4MM	2		MINIMED MIO INFUSION SET 32" 9MM	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 33G 4MM	2		MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	2	
MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	2	
MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	2	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	2	
MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	2	
MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	2	
MICROLIFE PEAK FLOW METER	2		MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	2	
MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	2		MINIMED QUICK-SERTER	2	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	1	QL	MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	2	
MIDAZOLAM 5 MG/2.5 ML SYRUP	1		MINIMED RESERVOIR 3 ML	2	
MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	1		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	2	
MIDODRINE 2.5 MG TABLET	1		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	2	
MIDODRINE 5 MG TABLET	1		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	2	
MIDODRINE 10 MG TABLET	1		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	2	
MIFEPREX 200 MG TABLET	3		MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	2	
MIFEPRISTONE 200 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	2	
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	3		MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	2	
MIGLITOL 25 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	2	
MIGLITOL 50 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	2	
MIGLITOL 100 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	2	
MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	4		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	2	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1	PA, SRX	MINITRAN 0.1 MG/HR PATCH	1	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	1		MINITRAN 0.2 MG/HR PATCH	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	2		MINITRAN 0.4 MG/HR PATCH	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	2		MINITRAN 0.6 MG/HR PATCH	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	2		MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	2		MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	2		MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	2		MINOCYCLINE 50 MG TABLET	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	2		MINOCYCLINE 75 MG TABLET	1	
MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	2		MINOCYCLINE 100 MG TABLET	1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	2		MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MINOXIDIL 10 MG TABLET	1		MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1"	2	
MIRABEGRON ER 25 MG TABLET	3	QL	MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1.25"	2	
MIRABEGRON ER 50 MG TABLET	3	QL	MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 5/8"	2	
MIRTAZAPINE 15 MG ODT TABLET	1		MONOJECT 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	2	
MIRTAZAPINE 30 MG ODT TABLET	1		MONOJECT 6 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	2	
MIRTAZAPINE 45 MG ODT TABLET	1		MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1"	2	
MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	1		MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	2	
MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	1		MONOJECT 6 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	2	
MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	1		MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	2	
MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	1		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	2	
MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	1		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	2	
MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	1		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	2	
M-M-R II VACCINE VIAL	2		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	2	
M-NATAL PLUS TABLET	1		MONOJECT FILTER 18G 1.5" NEEDLE	2	
MODAFINIL 100 MG TABLET	3	PA	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	2	
MODAFINIL 200 MG TABLET	3	PA	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18 1A"	2	
MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1"	2	
MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1-1/2"	2	
MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1"	2	
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1-1/2"	2	
MODERNA COVID 23-24 (6M-11Y) EUA	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1"	2	
MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1-1/2"	2	
MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1"	2	
MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1.5"	2	
MOEXIPRIL 15 MG TABLET	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23 1"	2	
MOLINDONE 5 MG TABLET	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1"	2	
MOLINDONE 10 MG TABLET	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1.5"	2	
MOLINDONE 25 MG TABLET	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 5/8"	2	
MOMETASONE 0.1% CREAM	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26 1.5"	2	
MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	1	QL	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27 0.5"	2	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1-1/2"	2	
MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	1		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30 3/4"	2	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	1		MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1		MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRINGE 28G 1/2"	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
MONOJECT 1 ML SYRINGE 27 1/2"	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	2	
MONOJECT 1 ML SYRINGE 28G 1/2"	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1"	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	2		MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 23G 1"	2		MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MONOJECT SYRINGE 1 ML	2		MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	2		MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1-1/2"	2		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	1	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	2		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	1	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	2		MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	1	
MONO-LINYAH 28 TABLET	1		MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	2	
MONTELUKAST 4 MG CHEWABLE TABLET	1		MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
MONTELUKAST 5 MG CHEWABLE TABLET	1		MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
MONTELUKAST 4 MG GRANULE	1		MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
MONTELUKAST 10 MG TABLET	1		MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1		MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1		MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	PA	MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	1	PA	MS PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	1	PA	MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	1	PA	MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	1	PA	MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	1	PA	MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	1	PA	MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	1	PA	MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	1	PA	MULTISTIX 5 TEST STRIP	2	
MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	1	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	1	
MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	1	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	1	
MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	1	PA	MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	1	
MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	1	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	1	PA	MUPIROCIN 2% CREAM	1	
MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	1	PA	MUPIROCIN 2% OINTMENT	1	
MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	1	PA	MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1	
MORPHINE ER 15 MG TABLET	1	PA	MY WAY 1.5 MG TABLET	1	
MORPHINE ER 30 MG TABLET	1	PA	MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	1	
MORPHINE ER 60 MG TABLET	1	PA	MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	1	
MORPHINE ER 100 MG TABLET	1	PA	MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	1	
MORPHINE ER 200 MG TABLET	1	PA	MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	1	
MORPHINE IR 15 MG TABLET	1	PA	MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	1	
MORPHINE IR 30 MG TABLET	1	PA	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	2	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL	MYLERAN 2 MG TABLET	3	
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL	MYNATAL CAPSULE	1	
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL	MYNATAL PLUS CAPTAB	1	
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL			

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MYNATAL ULTRACAPLET	1		NEFAZODONE 100 MG TABLET	1	
MYNATAL-Z CAPTAB	1		NEFAZODONE 150 MG TABLET	1	
MYORISAN 10 MG CAPSULE	3		NEFAZODONE 200 MG TABLET	1	
MYORISAN 20 MG CAPSULE	3		NEFAZODONE 250 MG TABLET	1	
MYORISAN 30 MG CAPSULE	3		NEOMYCIN 500 MG TABLET	1	
MYORISAN 40 MG CAPSULE	3		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	1	
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	3	QL, ST	NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	1	
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	3	QL, ST	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	1	
MYTESI 125 MG DR TABLET	3	LDD	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	1	
NABUMETONE 500 MG TABLET	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	1	
NABUMETONE 750 MG TABLET	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	1	
NADOLOL 20 MG TABLET	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	1	
NADOLOL 40 MG TABLET	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	1	
NADOLOL 80 MG TABLET	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	1	
NAFTIFINE 1% CREAM	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	1	
NAFTIFINE 2% CREAM	2		NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	1	
NAFTIFINE 2% GEL	2		NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	1	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	1		NEUAC GEL	1	
NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	1		NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX
NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	1		NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	4	PA, SRX
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	1		NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	3	
NALTREXONE 50 MG TABLET	1		NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1		NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 275 MG TABLET	1		NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NEVANAC 0.1% EYE DROPS	3	
NAPROXEN 550 MG TABLET	1		NEVIRAPINE 50 MG/5 ML SUSPENSION	1	
NAPROXEN DR 375 MG TABLET	1		NEVIRAPINE 200 MG TABLET	1	
NAPROXEN DR 500 MG TABLET	1		NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	1	
NARATRIPTAN 1 MG TABLET	1	QL	NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	1	
NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	1	QL	NEW DAY 1.5 MG TABLET	1	
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	2		NEWGEN TABLET	1	
NATACYN 5% EYE DROPS	3		NIACIN ER 500 MG TABLET	1	
NATAZIA 28 TABLET	3		NIACIN ER 750 MG TABLET	1	
NATEGLINIDE 60 MG TABLET	1		NIACIN ER 1,000 MG TABLET	1	
NATEGLINIDE 120 MG TABLET	1		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	4	PA, QL, SRX	NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NEBUSAL 3% VIAL	1		NICOTROL CARTRIDGE INHALER	2	
NECON 0.5-35-28 TABLET	1				
NEFAZODONE 50 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	2		NIVA THYROID 90 MG TABLET	1	
NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	1		NIVA THYROID 120 MG TABLET	1	
NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	1		NIVA-PLUS TABLET	1	
NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	1		NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	SRX
NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	1		NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	4	SRX
NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	1		NIVESTYM 300 MCG/ML VIAL	4	SRX
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1		NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML VIAL	4	SRX
NILUTAMIDE 150 MG TABLET	4	SRX	NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	1	
NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	3		NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	1	
NINLARO 2.3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	NOLIX 0.05% CREAM	3	
NINLARO 3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	NOLIX 0.05% LOTION	3	
NINLARO 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	NORA-BE TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	1	QL	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE 5 MG TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.4-0.035(21)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 TABLET	1	
NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	1	QL	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG TABLET	1	
NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	3	PA	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG TABLET	1	
NITRO-BID 2% OINTMENT	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1	
NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	3		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CAPSULE	1	
NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(21)-75 TABLET	1	
NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1.5-0.03 MG(21)-75 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	3		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.025 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	1		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.035 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.2 MG/HR PATCH	1		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.25-0.035 MG TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.4 MG/HR PATCH	1		NORLYDA 0.35 MG TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.6 MG/HR PATCH	1				
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	1				
NITROGLYCERIN 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	1				
NITROGLYCERIN 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	1				
NITROGLYCERIN 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	1				
NITRO-TIME ER 2.5 MG CAPSULE	1				
NITRO-TIME ER 6.5 MG CAPSULE	1				
NITRO-TIME ER 9 MG CAPSULE	1				
NIVA THYROID 15 MG TABLET	1				
NIVA THYROID 30 MG TABLET	1				
NIVA THYROID 60 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NORPACE CR 100 MG CAPSULE	3		NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1	
NORPACE CR 150 MG CAPSULE	3		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	1	
NORTREL 0.5-35-28 TABLET	1		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	1	
NORTREL 1-35 21 TABLET	1		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
NORTREL 1-35 28 TABLET	1		NYSTATIN 100,000 UNIT/ML SUSPENSION	1	
NORTREL 7-7-7-28 TABLET	1		NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML SUSPENSION	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1		NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1		NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM	1	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1		NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINTMENT	1	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1		NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	2		OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
NOVAVAX COVID VIAL (EUA)	2		OCTREOTIDE 50 MCG/ML AMPULE	2	PA
NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJ(EUA)	2		OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	2	PA
NOVOFINE 32G NEEDLE	2		OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	2	PA
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	2		OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	2	PA
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 1/6"	2		OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	2	PA
NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN	3	QL, ST	OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	2	PA
NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST	OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	2	PA
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	3	QL, ST	OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	2	PA
NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST	OCTREOTIDE 100 MCG/ML VIAL	2	PA
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	3	QL, ST	OCTREOTIDE 200 MCG/ML VIAL	2	PA
NOVOPEN ECHO INSULIN DEVICE	2		OCTREOTIDE 500 MCG/ML VIAL	2	PA
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	2		OCTREOTIDE 1,000 MCG/ML VIAL	2	PA
NP THYROID 15 MG TABLET	1		OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML VIAL	2	PA
NP THYROID 30 MG TABLET	1		OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML VIAL	2	PA
NP THYROID 60 MG TABLET	1		ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	3	PA, QL
NP THYROID 90 MG TABLET	1		ODEFSEY TABLET	3	QL
NP THYROID 120 MG TABLET	1		ODOMZO 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
NUCYNTA 50 MG TABLET	3	PA	OFEV 100 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
NUCYNTA 75 MG TABLET	3	PA	OFEV 150 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
NUCYNTA 100 MG TABLET	3	PA	OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	1	
NUCYNTA ER 50 MG TABLET	3	PA	OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	1	
NUCYNTA ER 100 MG TABLET	3	PA	OFLOXACIN 300 MG TABLET	1	
NUCYNTA ER 150 MG TABLET	3	PA	OFLOXACIN 400 MG TABLET	1	
NUCYNTA ER 200 MG TABLET	3	PA	OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	1	
NUCYNTA ER 250 MG TABLET	3	PA	OLANZAPINE 5 MG TABLET	1	
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	3	PA, QL	OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	1	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	1		OLANZAPINE 10 MG TABLET	1	
NYLIA 1-35 28 TABLET	1		OLANZAPINE 15 MG TABLET	1	
NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1		OLANZAPINE 20 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OLANZAPINE ODT 5 MG TABLET	1		OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	2	QL
OLANZAPINE ODT 10 MG TABLET	1		OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	2	QL
OLANZAPINE ODT 15 MG TABLET	1		OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	2	QL
OLANZAPINE ODT 20 MG TABLET	1		OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	2	QL
OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	1		ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	1		ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	1		ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	1		ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	1		ONDANSETRON 4 MG TABLET	1	
OLMESARTAN 5 MG TABLET	1		ONDANSETRON 8 MG TABLET	1	
OLMESARTAN 20 MG TABLET	1		ONDANSETRON ODT 4 MG TABLET	1	
OLMESARTAN 40 MG TABLET	1		ONDANSETRON ODT 8 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	1		ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	2	QL
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	1		ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	1		ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	1		ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	1		ONETOUCH DELICA SAFETY 30G LANCETS	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	1		ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT	1	
OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1		ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	2	
OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	1		ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	2	
OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	1		ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	2	
OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	1		ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION	2	
OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	1		ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	2	
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	1		ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1	
OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	1		ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	2	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	1	QL	ONETOUCH ULTRASOFT2 30G LANCETS	2	
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	1	QL	ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	1	QL	ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION	2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	2	QL	ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	2	QL	ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	2	QL	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	2	QL	OPCON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	2	QL	OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) 5 PACK	2	QL	OPIUM TINCTURE 10 MG/ML	2	PA
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	2	QL	OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	2	QL
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	2	QL	OPTICHAMBER DIAMOND VHC	2	QL
OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	2	QL	OPTICHAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	2	QL
OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	2	QL	OPTICHAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	2	QL
OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	2	QL	OPTICHAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	2	QL
			OPTION 2 1.5 MG TABLET	1	
			OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	2		OXYCODONE (IR) 15 MG TABLET	1	PA
ORACIT ORAL SOLUTION	3		OXYCODONE (IR) 20 MG TABLET	1	PA
ORAL CITRATE SOLUTION	3		OXYCODONE (IR) 30 MG TABLET	1	PA
ORALONE 0.1% DENTAL PASTE	1		OXYCODONE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	OXYCODONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	1	PA
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	1	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	4	PA, QL, SRX	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	1	PA
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	1	PA
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	1		OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TABLET	1	PA
OSCIMIN SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1		OXYMORPHONE 5 MG TABLET	2	PA
OSCIMIN SR 0.375 MG TABLET	1		OXYMORPHONE 10 MG TABLET	2	PA
OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	1	QL	OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2	PA
OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	1	QL	OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2	PA
OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	1	QL	OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2	PA
OSELTAMIVIR 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL	OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2	PA
OSMOPREP TABLET	3		OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2	PA
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	4	PA, QL, SRX	OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2	PA
OTEZLA 30 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2	PA
OVAL TAPE	2		OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN	2	PA, QL
OXANDROLONE 2.5 MG TABLET	3	PA	OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	2	PA, QL
OXANDROLONE 10 MG TABLET	3	PA	OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	PA, QL
OXAPROZIN 600 MG CAPLET	1		PACERONE 200 MG TABLET	1	
OXAPROZIN 600 MG TABLET	1		PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	3	
OXAZEPAM 10 MG CAPSULE	1		PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	3	
OXAZEPAM 15 MG CAPSULE	1		PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	3	
OXAZEPAM 30 MG CAPSULE	1		PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	3	
OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML SUSPENSION	1		PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	2	
OXCARBAZEPINE 150 MG TABLET	1		PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	2	
OXCARBAZEPINE 300 MG TABLET	1		PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	2	
OXCARBAZEPINE 600 MG TABLET	1		PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	2	
OXICONAZOLE 1% CREAM	2		PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SOLUTION	1		PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	1		PANDA MASK LARGE	2	QL
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1		PANDA MASK MEDIUM	2	QL
OXYBUTYNIN ER 5 MG TABLET	1		PANDA MASK SMALL	2	QL
OXYBUTYNIN ER 10 MG TABLET	1		PANRETIN 0.1% GEL	4	SRX
OXYBUTYNIN ER 15 MG TABLET	1		PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE (IR) 5 MG CAPSULE	1	PA	PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE (IR) 5 MG TABLET	1	PA	PARADIGM REMOTE CONTROL	2	
OXYCODONE (IR) 10 MG TABLET	1	PA	PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PARADIGM RESERVOIR 3 ML	2		PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	1		PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	1		PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	1		PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
PAROEX 0.12% ORAL RINSE	1		PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
PAROMOMYCIN 250 MG CAPSULE	2		PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL	PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL	PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL	PENBRAYA KIT	2	
PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL	PENCICLOVIR 1% CREAM	3	PA, QL
PASER GRANULES 4 GM PACKET	3		PENICILLAMINE 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	3	QL	PENICILLIN VK 125 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	3	QL	PENICILLIN VK 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PAZOPANIB 200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	PENICILLIN VK 250 MG TABLET	1	
PC UNIFINE PENTIP 6MM NEEDLE	2		PENICILLIN VK 500 MG TABLET	1	
PC UNIFINE PENTIP 8MM NEEDLE	2		PENTACEL VIAL KIT	2	
PC UNIFINE PENTIP 12MM NEEDLE	2		PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	2	
PEAK-AIR PEAK FLOW METER	2		PENTAZOCINE-NALOXONE TABLET	1	PA
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	2		PENTIP PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	2	QL	PENTIP PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
PEDIATRIC PANDA MASK	2	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
PEDIATRIC SMALL MASK	2	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
PEDIATRIC MOUTHPIECE	2	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	2		PENTIP PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	1		PENTIP PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	1		PENTIP PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	1		PENTIP PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, SRX	PENTIP PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX	PENTIP PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
PEG-PREP KIT	1		PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 29G 12MM	2		PERINDOPRIL 2 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 30G 5MM	2		PERINDOPRIL 4 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 30G 8MM	2		PERINDOPRIL 8 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 30G 5/16"	2		PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	1	
PEN NEEDLE 31G 5MM	2		PERMETHRIN 5% CREAM	1	
PEN NEEDLE 31G 6MM	2		PERPHENAZINE 2 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 31G 8MM	2		PERPHENAZINE 4 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		PERPHENAZINE 8 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 31G 3/16"	2		PERPHENAZINE 16 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	1	
PEN NEEDLE 32G 4MM	2		PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	1		PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	1		PHOSLYRA 667 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	1		PHOSPHASAL TABLET	1	
PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	2		PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% EYE DROPS	3	LDD
PFIZER COVID (6M-4Y)VAC-MAROON	2		PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	3	
PFIZER COVID (5-11Y) VAC-ORANGE	2		PHYTONADIONE 5 MG TABLET	3	
PFIZER COVID (12Y UP) VAC-GRAY	2		PIKO 1 FLOW METER	2	
PFIZER COVID (6M-4Y)EUA	2		PILOCARPINE 1% EYE DROPS	1	
PFIZER COVID (5-11Y)EUA	2		PILOCARPINE 2% EYE DROPS	1	
PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y)EUA	2		PILOCARPINE 4% EYE DROPS	1	
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR)EUA	2		PILOCARPINE 5 MG TABLET	1	
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP)EUA	2		PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	1	
PFIZER COVID-19 VACCINE-PURPLE	2		PIMECROLIMUS 1% CREAM	3	
PHASEAL PROTECTOR 14	2		PIMOZIDE 1 MG TABLET	1	
PHASEAL PROTECTOR 21	2		PIMOZIDE 2 MG TABLET	1	
PHASEAL PROTECTOR 28	2		PIMTREA 28 DAY TABLET	1	
PHASEAL PROTECTOR 50	2		PINDOLOL 5 MG TABLET	1	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	1		PINDOLOL 10 MG TABLET	1	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	1		PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	1	
PHENELZINE 15 MG TABLET	1		PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	1		PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1		PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	1		PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	1		PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	1		PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2	2	
PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	1		PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	1		PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	1		PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	4	PA, SRX
PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	1		PIRFENIDONE 267 MG TABLET	4	PA, SRX
PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	1		PIRFENIDONE 801 MG TABLET	4	PA, SRX
PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	4	SRX	PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1	
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	1		PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	1		PIROXICAM 10 MG CAPSULE	1	
PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	1		PIROXICAM 20 MG CAPSULE	1	
PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	1		PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	3	
PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	1		PNEUMOVAX 23 SYRINGE	2	
PHENYTOIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		PNEUMOVAX 23 VIAL	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	1		PNV 29-1 TABLET	1	
PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	1		PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1	
PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	1		PNV-DHA + DOCUSATE SOFTGEL	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PNV-DHA SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	1	
PNV-OMEGA SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	1	
PNV-SELECT TABLET	1		POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	1	
POCKET CHAMBER	2	QL	POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	3	
POCKET PEAK FLOW METER	2		PR NATAL 400 COMBO PACK	1	
PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	1		PR NATAL 430 COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 18G 1"	2		PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 18G 1-1/2"	2		PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 21G 1"	2		PRADAXA 110 MG CAPSULE	3	PA, QL
POLY HUB NEEDLE 21G 1-1/2"	2		PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 22G 1"	2		PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 22G 1-1/2"	2		PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 23G 1"	2		PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 23G 1-1/2"	2		PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 25G 1"	2		PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	1	
POLY HUB NEEDLE 25G 1-1/2"	2		PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	2		PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	2		PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 27G 1-1/4"	2		PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	2		PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	2	
POLYCIN EYE OINTMENT	1		PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	2	
POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	1		PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	2	
POMALYST 1 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 1% LOTION	3	
POMALYST 2 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	3	
POMALYST 3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	3	
POMALYST 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	3	
PORTIA-28 TABLET	1		PRASUGREL 5 MG TABLET	1	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSPENSION	3		PRASUGREL 10 MG TABLET	1	
POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	3	QL	PRAVASTATIN 10 MG TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	1		PRAVASTATIN 20 MG TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	1		PRAVASTATIN 40 MG TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	1		PRAVASTATIN 80 MG TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	1		PRAZIQUANTEL 600 MG TABLET	3	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	1		PRAZOSIN 1 MG CAPSULE	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	1		PRAZOSIN 2 MG CAPSULE	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	1		PRAZOSIN 5 MG CAPSULE	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	1		PREDNICARBATE 0.1% CREAM	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	1		PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	1		PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	1	
			PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	1	
			PREDNISOLONE ODT 10 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREDNISOLONE ODT 15 MG TABLET	2		PRENAISSANCE CAPSULE	1	
PREDNISOLONE ODT 30 MG TABLET	2		PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		PRENATAL 19 TABLET	1	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		PRENATAL PLUS IRON TABLET	1	
PREDNISONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1	
PREDNISONE 1 MG TABLET	1		PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1	
PREDNISONE 2.5 MG TABLET	1		PRENATAL-U CAPSULE	1	
PREDNISONE 5 MG TABLET	1		PREPLUS CA-Fe 27 MG-FA 1 MG TABLET	1	
PREDNISONE 10 MG TABLET	1		PRETAB 29 MG-1 MG TABLET	1	
PREDNISONE 20 MG TABLET	1		PREVALITE PACKET	1	
PREDNISONE 50 MG TABLET	1		PREVALITE POWDER	1	
PREDNISONE 5 MG TABLET DOSE PACK	1		PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
PREDNISONE 10 MG TABLET DOSE PACK	1		PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		PREVIFEM TABLET	1	
PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		PREVNAR 20 SYRINGE	2	
PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		PREVMIS 240 MG TABLET	3	PA, QL
PREFERRED PLUS 0.3 ML 30G 5/16"	2		PREVMIS 480 MG TABLET	3	PA, QL
PREFERRED PLUS 0.5 ML 29G 1/2"	2		PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	2	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	2		PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	2	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	2		PREZISTA 75 MG TABLET	2	
PREFEST TABLET	1		PREZISTA 150 MG TABLET	2	
PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		PRIFTIN 150 MG TABLET	3	
PREGABALIN 25 MG CAPSULE	1	QL	PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	1	
PREGABALIN 50 MG CAPSULE	1	QL	PRIMEAIRE CHAMBER	2	QL
PREGABALIN 75 MG CAPSULE	1	QL	PRIMIDONE 50 MG TABLET	1	
PREGABALIN 100 MG CAPSULE	1	QL	PRIMIDONE 250 MG TABLET	1	
PREGABALIN 150 MG CAPSULE	1	QL	PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
PREGABALIN 200 MG CAPSULE	1	QL	PRIORIX VIAL	2	
PREGABALIN 225 MG CAPSULE	1	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	2	
PREGABALIN 300 MG CAPSULE	1	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"	2	
PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	2		PRO COMFORT 1 ML 30G 1/2"	2	
PREMARIN 0.3 MG TABLET	3		PRO COMFORT 1 ML 30G 5/16"	2	
PREMARIN 0.45 MG TABLET	3		PRO COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
PREMARIN 0.625 MG TABLET	3		PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PREMARIN 0.9 MG TABLET	3		PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
PREMARIN 1.25 MG TABLET	3		PRO COMFORT PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
PRENA1 TRUE COMBO PACK	1		PRO COMFORT PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
			PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	2	QL	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	1	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	2	QL	PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	2	
PROBENECID 500 MG TABLET	1		PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	2	
PROBENECID-COLCHICINE TABLET	1		PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	2	QL	PROPAFENONE 150 MG TABLET	1	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	2	QL	PROPAFENONE 225 MG TABLET	1	
PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	PROPAFENONE 300 MG TABLET	1	
PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	2	QL	PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	1	
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	1		PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	1	
PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	1		PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	1	
PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	1		PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	1	
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	1		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	1		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	1		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	1	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	2		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	1	
PRODIGY CONTROL SOLUTION LOW	2		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1ML 28G 1/2"	2		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	1	
PRODIGY SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	1	
PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	1	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	1		PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	1	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	1		PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	1	
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	3		PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	1	
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	3		PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	1	
PROMACTA 12.5 MG SUSPENSION PACKET	4	PA, LDD, SRX	PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	1	
PROMACTA 25 MG SUSPENSION PACKET	4	PA, LDD, SRX	PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	1	
PROMACTA 12.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	PROQUAD VIAL	2	
PROMACTA 25 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	1	
PROMACTA 50 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
PROMACTA 75 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2		PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	1		PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	1		PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	1		PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	1		PUB PEN 8MM 31G NEEDLE	2	
PROMETHAZINE VC SYRUP	1		PUB PEN 12MM 29G NEEDLE	2	
PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	1	QL	PUB PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	1	QL	PUB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16	2	
PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	1	QL	PULMOSAL 7% VIAL	1	
PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	1		PULMOZYME 1 MG/ML AMPULE	4	PA, SRX
PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	1	QL	PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	2		QUINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2		QUINIDINE GLUCONATE ER 324 MG TABLET	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 8MM	2		QUINIDINE SULFATE 200 MG TABLET	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2		QUINIDINE SULFATE 300 MG TABLET	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2		QUININE SULFATE 324 MG CAPSULE	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2		QUTENZA 8% KIT (1 PATCH)	3	
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	2	QL	QUTENZA 8% KIT (2 PATCH)	3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER ADULT	2		QUTENZA 8% KIT (4 PATCH)	3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER CHILD	2		QVAR REDHALER 40 MCG	2	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, LDD, SRX	QVAR REDHALER 80 MCG	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	2		RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	2		RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	2		RA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	2		RA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 33G 4MM	2		RA PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
PYRAZINAMIDE 500 MG TABLET	1		RA PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	PA, SRX	RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	1	QL
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	3		RALOXIFENE 60 MG TABLET	1	
PYRIDOSTIGMINE ER 180 MG TABLET	3		RAMELTEON 8 MG TABLET	2	QL
PRIMETHAMINE 25 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX	RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	1	
QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2		RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1	
QC UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2		RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	2		RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1	
QUAZEPAM 15 MG TABLET	3	PA	RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	3	QL
QUETIAPINE 25 MG TABLET	1		RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	3	QL
QUETIAPINE 50 MG TABLET	1		RASAGILINE 0.5 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 100 MG TABLET	1		RASAGILINE 1 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 200 MG TABLET	1		RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
QUETIAPINE 300 MG TABLET	1		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
QUETIAPINE 400 MG TABLET	1		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	1		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	1		RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1	
QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	1		RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	2	
QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	1		RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	2	
QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	1		RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	2	
QUINAPRIL 5 MG TABLET	1		RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	2	
QUINAPRIL 10 MG TABLET	1		RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	2	
QUINAPRIL 20 MG TABLET	1		RECTIV 0.4% OINTMENT	3	
QUINAPRIL 40 MG TABLET	1		REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	2	
QUINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1		REGANEX 0.01% GEL	3	PA, QL
QUINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1		RELENZA 5 MG DISKHALER	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RELI ON 31G 1/4" NEEDLE	2		REVLIMID 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		REXTOVY 4 MG NASAL SPRAY	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2		REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2		REZDIFFRA 60 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		REZDIFFRA 80 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	2		REZDIFFRA 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		RIBAVIRIN 200 MG TABLET	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	2		RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	2	
RELION KETONE TEST STRIP	2		RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	1	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	1	
RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	3	QL, ST	RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH	2	
RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	3	QL, ST	RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST	RILUZOLE 50 MG TABLET	4	SRX
RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST	RIMANTADINE 100 MG TABLET	1	
RELION PEN NEEDLE 29G	2		RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL, SRX
RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		RINVOQ ER 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 31G	2		RINVOQ ER 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	2		RINVOQ ER 45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		RISEDRONATE 5 MG TABLET	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		RISEDRONATE 30 MG TABLET	2	
RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	2		RISEDRONATE 35 MG TABLET	2	
RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		RISEDRONATE 150 MG TABLET	2	
RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	2	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	3	PA	RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	3	PA	RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	1	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	3	PA	RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	1	
RELISTOR 150 MG TABLET	3	PA	RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	3		RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	1	
REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	1		RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	1	
REPAGLINIDE 1 MG TABLET	1		RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	1	
REPAGLINIDE 2 MG TABLET	1		RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	4	PA, SRX	RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	4	PA, SRX	RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
RESPA A.R. TABLET SA	3		RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
REVLIMID 5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	RITEFLO SPACER	2	QL
REVLIMID 10 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	RITONAVIR 100 MG TABLET	1	
REVLIMID 15 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	1	
REVLIMID 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	1		RYBELSUS 3 MG TABLET	2	PA, QL
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	1		RYBELSUS 7 MG TABLET	2	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR PATCH	1		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR PATCH	1		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR PATCH	1		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
RIVELSA TABLET	1		SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
RIZATRIPTAN 5 MG ODT TABLET	1	QL	SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
RIZATRIPTAN 10 MG ODT TABLET	1	QL	SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
RIZATRIPTAN 5 MG TABLET	1	QL	SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	1	
RIZATRIPTAN 10 MG TABLET	1	QL	SALSALATE 500 MG TABLET	1	
R-NATAL OB SOFTGEL	1		SALSALATE 750 MG TABLET	1	
ROFLUMILAST 250 MCG TABLET	3	QL	SANTYL OINTMENT	3	PA, QL
ROFLUMILAST 500 MCG TABLET	3	QL	SAPROTERIN 100 MG POWDER PACKET	4	PA, SRX
ROPINIROLE 0.25 MG TABLET	1		SAPROTERIN 500 MG POWDER PACKET	4	PA, SRX
ROPINIROLE 0.5 MG TABLET	1		SAPROTERIN 100 MG TABLET	4	PA, SRX
ROPINIROLE 1 MG TABLET	1		SAVAYSA 15 MG TABLET	3	PA, QL
ROPINIROLE 2 MG TABLET	1		SAVAYSA 30 MG TABLET	3	PA, QL
ROPINIROLE 3 MG TABLET	1		SAVAYSA 60 MG TABLET	3	PA, QL
ROPINIROLE 4 MG TABLET	1		SAVELLA 12.5 MG TABLET	3	
ROPINIROLE 5 MG TABLET	1		SAVELLA 25 MG TABLET	3	
ROPINIROLE ER 2 MG TABLET	1		SAVELLA 50 MG TABLET	3	
ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	1		SAVELLA 100 MG TABLET	3	
ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	1		SAVELLA TITRATION PACK	3	
ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	1		SAXAGLIPTIN 2.5 MG TABLET	1	QL
ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	1		SAXAGLIPTIN 5 MG TABLET	1	QL
ROSADAN 0.75% CREAM	1		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 2.5-1000 TABLET	1	QL
ROSADAN 0.75% GEL	1		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-500 TABLET	1	QL
ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	1		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-1000 TABLET	1	QL
ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	1		SCOPOLAMINE 1 MG/3 DAY PATCH	1	
ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	1		SECONAL 100 MG CAPSULE	3	
ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	1		SECURESAFE PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	2		SECURESAFE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ROTARIX VACCINE SUSPENSION	2		SECURESAFE SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
ROTATEQ VACCINE	2		SELEGILINE 5 MG CAPSULE	1	
ROWEEPR 500 MG TABLET	1		SELEGILINE 5 MG TABLET	1	
ROWEEPR 750 MG TABLET	1		SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	1	
ROWEEPR 1,000 MG TABLET	1		SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	1	
RUFINAMIDE 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA, QL	SE-NATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
RUFINAMIDE 200 MG TABLET	3	PA, QL	SE-NATAL-19 TABLET	1	
RUFINAMIDE 400 MG TABLET	3	PA, QL	SEREVENT DISKUS 50 MCG	3	QL, ST
RYBELSUS 14 MG TABLET	2	PA, QL	SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL	SIROLIMUS 2 MG TABLET	1	
SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL	SIRTURO 20 MG TABLET	3	PA
SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL	SIRTURO 100 MG TABLET	3	PA
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
SEVELAMER CARBONATE 800 MG TABLET	3		SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
SF 1.1% GEL	1		SKYRIZI 150 MG/ML PEN	4	PA, QL, SRX
SF 5000 PLUS TOOTHPASTE	1		SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	1		SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	4	PA, QL, SRX
SHINGRIX VIAL KIT	2	QL	SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	4	PA, QL, SRX
SHOPKO UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2		SLYND 4 MG TABLET	3	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	2	QL	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
SIGNIFOR 0.6 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
SIGNIFOR 0.9 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA, SRX	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
SILHOUETTE INFUSION SET 23"	2		SM INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
SILICONE MASK-INFANT	2	QL	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
SILICONE MASK-PEDIATRIC	2	QL	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
SILODOSIN 4 MG CAPSULE	1	QL	SMARTEST CONTROL SOLUTION	2	
SILODOSIN 8 MG CAPSULE	1	QL	SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	1	
SIL-SERTER INFUSION SET	2		SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	1	
SILVER NITRATE 0.5% TOPICAL SOLUTION	1		SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	1	
SILVER NITRATE 10% TOPICAL SOLUTION	1		SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	1	
SILVER NITRATE 25% TOPICAL SOLUTION	1		SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	1	
SILVER NITRATE 50% TOPICAL SOLUTION	1		SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	1	
SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	1		SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	1	
SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	2		SODIUM FLUORIDE 0.2% RINSE	1	
SIMLANDI(CF) AI 40 MG/0.4 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX	SODIUM FLUORIDE 1.1% TOOTHPASTE	1	
SIMLIYA 28 DAY TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH TOOTHPASTE	1	
SIMPESSE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS TOOTHPASTE	1	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE SENSITIVE 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE PASTE	1	
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL	SODIUM PHENYLBUTYRATE POWDER	4	SRX
SIROLIMUS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	4	SRX	SODIUM PHENYLBUTYRATE 500MG TABLET	4	SRX
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	1		SODIUM POLYSTYRENE SULFATE POWDER	1	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 15 G/60 ML SUSPENSION	1		SPRYCEL 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	1		SPRYCEL 140 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SODIUM SULFATE-POTASSIUM SULFATE-MAGNESIUM SULFATE ORAL SOLUTION	3		SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	1	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 TABLET	4	PA, QL, SRX	SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	1	
SOLIFENACIN 5 MG TABLET	2	QL	SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1	
SOLIFENACIN 10 MG TABLET	2	QL	SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	3	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION HIGH	2		STAVUDINE 40 MG CAPSULE	1	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION LOW	2		STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
SOMAVERT 10 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	STELARA 90 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
SOMAVERT 15 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	4	PA, QL, SRX
SOMAVERT 20 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	STERILE WATER FOR IRRIGATION	1	
SOMAVERT 25 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	STIVARGA 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
SOMAVERT 30 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX	STRIBILD TABLET	3	QL
SORAFENIB 200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	STRIVE PEAK FLOW METER	2	
SOTALOL 80 MG TABLET	1		STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	2	QL
SOTALOL 120 MG TABLET	1		SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	2	
SOTALOL 160 MG TABLET	1		SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	2	
SOTALOL 240 MG TABLET	1		SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	2	
SOTALOL AF 80 MG TABLET	1		SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	2	
SOTALOL AF 120 MG TABLET	1		SUBVENITE 25 MG TABLET	1	
SOTALOL AF 160 MG TABLET	1		SUBVENITE 100 MG TABLET	1	
SOTYKTU 6 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	SUBVENITE 150 MG TABLET	1	
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	SUBVENITE 200 MG TABLET	1	
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	3	PA, QL	SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	1	
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	3	PA, QL	SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	1	
SOVALDI 200 MG TABLET	3	PA, QL	SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	1	
SOVALDI 400 MG TABLET	3	PA, QL	SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	4	LDD, SRX
SPIKEVAX (12Y UP) SYRINGE	2		SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	4	LDD, SRX
SPIKEVAX (12Y UP) VIAL	2		SUCRALFATE 1 GM TABLET	1	
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE	2		SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	1	
SPINOSAD 0.9% TOPICAL SUSPENSION	2		SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	1	
SPIRONOLACTONE 25 MG TABLET	1		SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	1	
SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	1		SULFADIAZINE 500 MG TABLET	3	
SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	1		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SUSPENSION	1	
SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	1		SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	1		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SPRYCEL 20 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	SULFAMYLLON 8.5% CREAM	3	
SPRYCEL 50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	SULFASALAZINE 500 MG TABLET	1	
SPRYCEL 70 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	1	
SPRYCEL 80 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	1	
			SULINDAC 150 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SULINDAC 200 MG TABLET	1		SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	1	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	1	QL	SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML CARTRIDGE	1	QL	SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	1	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	1	QL	SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	3	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML INJECTOR	1	QL	SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	3	QL
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL	SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET	3	QL
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL	SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	4	PA, SRX
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	1	QL	SYNERA PATCH	3	
SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	1	QL	SYNJARDY 5-500 MG TABLET	2	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	1	QL	SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	2	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	1	QL	SYNJARDY 12.5-500 MG TABLET	2	QL
SUNITINIB 12.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	SYNJARDY 12.5-1,000 MG TABLET	2	QL
SUNITINIB 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	2	QL
SUNITINIB 37.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	2	QL
SUNITINIB 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TABLET	2	QL
SURE COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2		SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	2	QL
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2		SYNTHROID 25 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE	2		SYNTHROID 50 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE	2		SYNTHROID 75 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE	2		SYNTHROID 88 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT INSULIN 0.3ML 31G 1/4"	2		SYNTHROID 100 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT INSULIN 0.5ML 31G 1/4"	2		SYNTHROID 112 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT INSULIN 1 ML 31G 1/4"	2		SYNTHROID 125 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		SYNTHROID 137 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	2		SYNTHROID 150 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	2		SYNTHROID 175 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2		SYNTHROID 200 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2		SYNTHROID 300 MCG TABLET	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2		T:30 INFUSION SET 23" 13MM	2	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2		T:30 INFUSION SET 43" 13MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	2		T:90 INFUSION SET 23" 6MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	2		T:90 INFUSION SET 23" 9MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	2		T:90 INFUSION SET 43" 9MM	2	
SURE-JECT INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	2		T:FLEX 4.8 ML CARTRIDGE	2	
SURE-JECT INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	2		T:SLIM 3 ML CARTRIDGE	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	2		T:SLIM G4 3 ML CARTRIDGE	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	2		T:SLIM X2 3 ML CARTRIDGE	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	2		TABLOID 40 MG TABLET	3	PA
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	2		TAMSULOSIN 0.4 MG CAPSULE	1	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION	2		TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULE (IR)	1	
SYEDA 28 TABLET	1		TACROLIMUS 1 MG CAPSULE (IR)	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TACROLIMUS 5 MG CAPSULE (IR)	1		TECHLITE 0.5 ML 30G 12MM (1/2)	2	
TACROLIMUS 0.1% OINTMENT	1		TECHLITE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	2	
TACROLIMUS 0.03% OINTMENT	1		TECHLITE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	2	
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	1	PA, QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2	
TADALAFIL 5 MG TABLET	1	PA, QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	2	
TADALAFIL 20 MG TABLET	4	PA, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12MM	2	
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
TAFLUPROST 0.0015% EYE DROPS	3	QL	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 3/8"	2	
TAGRISSO 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
TAGRISSO 80 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
TAMOXIFEN 10 MG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
TAMOXIFEN 20 MG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/16"	2	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
TARINA FE 1-20 TABLET	1		TELCARE CONTROL SOLUTION	2	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	1		TELMISARTAN 20 MG TABLET	1	
TARON-C DHA CAPSULE	1		TELMISARTAN 40 MG TABLET	1	
TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1		TELMISARTAN 80 MG TABLET	1	
TASIGNA 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG TABLET	1	
TASIGNA 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-10 MG TABLET	1	
TASIGNA 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-5 MG TABLET	1	
TAYSOFY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-10 MG TABLET	1	
TAZAROTENE 0.1% CREAM	2		TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	1	
TAZAROTENE 0.05% GEL	3		TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	1	
TAZAROTENE 0.1% GEL	3		TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TABLET	1	
TAZORAC 0.05% CREAM	3		TEMAZEPAM 7.5 MG CAPSULE	1	
TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	1		TEMAZEPAM 15 MG CAPSULE	1	
TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	1		TEMAZEPAM 22.5 MG CAPSULE	1	
TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	1		TEMAZEPAM 30 MG CAPSULE	1	
TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	1		TEMOZOLOMIDE 5 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	1		TEMOZOLOMIDE 20 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TDVAX VIAL	2		TEMOZOLOMIDE 100 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TECHLITE 0.3 ML 29G 12MM (1/2)	2		TEMOZOLOMIDE 140 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TECHLITE 0.3 ML 30G 8MM (1/2)	2		TEMOZOLOMIDE 180 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TECHLITE 0.3 ML 30G 12MM (1/2)	2		TEMOZOLOMIDE 250 MG CAPSULE	4	PA, SRX
TECHLITE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	2		TENCON 50-325 MG TABLET	1	
TECHLITE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	2		TENIVAC SYRINGE	2	
TECHLITE 0.5 ML 29G 12MM (1/2)	2		TENIVAC VIAL	2	
TECHLITE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	2		TENOFOVIR 300 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TERAZOSIN 1 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL
TERAZOSIN 2 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL
TERAZOSIN 5 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL
TERAZOSIN 10 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML VIAL	1	
TERBINAFINE 250 MG TABLET	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML VIAL	1	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML VIAL	1	
TERBUTALINE 5 MG TABLET	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/10 ML VIAL	1	
TERCONAZOLE 0.4% CREAM	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 2,000 MG/10 ML VIAL	1	
TERCONAZOLE 0.8% CREAM	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30 ML VIAL	1	
TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	1		TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML VIAL	1	
TERIFLUNOMIDE 7 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML VIAL	1	
TERIFLUNOMIDE 14 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	TETRABENAZINE 12.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		TETRABENAZINE 25 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/3 ML	2		TETRACAIN 0.5% EYE DROPS	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/2 ML	2		TETRACAIN 0.5% STERI-UNIT EYE SOLUTION	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	2		TETRACYCLINE 250 MG CAPSULE	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18G 1"	2		TETRACYCLINE 500 MG CAPSULE	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18 1.5"	2		TEXACORT 2.5% TOPICAL SOLUTION	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19G 1"	2		THALOMID 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19 1.5"	2		THALOMID 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20G 1"	2		THALOMID 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20 1.5"	2		THALOMID 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1"	2		THEOPHYLLINE 80 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1-1.5"	2		THEOPHYLLINE ER 100 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22G 1"	2		THEOPHYLLINE ER 200 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22 1-1/2"	2		THEOPHYLLINE ER 300 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1"	2		THEOPHYLLINE ER 400 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23 1-1/2"	2		THEOPHYLLINE ER 450 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1"	2		THEOPHYLLINE ER 600 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 1.5"	2		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.3 ML	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 5/8"	2		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.5 ML	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 26 1/2"	2		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 27 1/2"	2		THIORIDAZINE 10 MG TABLET	1	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 30 1/2"	2		THIORIDAZINE 25 MG TABLET	1	
TERUMO SYRINGE 3 ML	2		THIORIDAZINE 50 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL	THIORIDAZINE 100 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL	THIOTHIXENE 1 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL	THIOTHIXENE 2 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	2	QL	THIOTHIXENE 5 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE 1% (25 MG/2.5 G) PACKET	2	QL	THIOTHIXENE 10 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL	THRIVITE 19 TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
THYROID 15 MG TABLET	1	
THYROID 30 MG TABLET	1	
THYROID 60 MG TABLET	1	
THYROID 90 MG TABLET	1	
THYROID 120 MG TABLET	1	
TIADYL ER 120 MG CAPSULE	1	
TIADYL ER 180 MG CAPSULE	1	
TIADYL ER 240 MG CAPSULE	1	
TIADYL ER 300 MG CAPSULE	1	
TIADYL ER 360 MG CAPSULE	1	
TIADYL ER 420 MG CAPSULE	1	
TIAGABINE 2 MG TABLET	1	
TIAGABINE 4 MG TABLET	1	
TIAGABINE 12 MG TABLET	1	
TIAGABINE 16 MG TABLET	1	
TILIA FE 28 TABLET	1	
TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	1	
TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	1	
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	1	
TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	1	
TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	1	
TIMOLOL 5 MG TABLET	1	
TIMOLOL 10 MG TABLET	1	
TIMOLOL 20 MG TABLET	1	
TINIDAZOLE 250 MG TABLET	1	
TINIDAZOLE 500 MG TABLET	1	
TIOPRONIN 100 MG TABLET	4	LDD, SRX
TIS-U-SOLUTION PENTALYTE IRRIGATION SOLUTION	3	
TIVICAY 10 MG TABLET	2	
TIVICAY 25 MG TABLET	2	
TIVICAY 50 MG TABLET	2	
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	2	
TIZANIDINE 2 MG TABLET	1	
TIZANIDINE 4 MG TABLET	1	
TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	1	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL, SRX
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL, SRX
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	1	
TODAY'S HEALTH PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
TOLCAPONE 100 MG TABLET	4	SRX
TOLMETIN 400 MG CAPSULE	1	
TOLMETIN 200 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TOLMETIN 600 MG TABLET	1	
TOLTERODINE 1 MG TABLET	1	
TOLTERODINE 2 MG TABLET	1	
TOLTERODINE ER 2 MG CAPSULE	1	
TOLTERODINE ER 4 MG CAPSULE	1	
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	4	PA, SRX
TOLVAPTAN 30 MG TABLET	4	PA, SRX
TOPCARE CLICKFINE 31G 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE	2	
TOPIRAMATE 15 MG SPRINKLE CAPSULE	1	
TOPIRAMATE 25 MG SPRINKLE CAPSULE	1	
TOPIRAMATE 25 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 50 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 100 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 200 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE ER 25 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 50 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 100 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 150 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 200 MG CAPSULE	2	
TOREMIFENE 60 MG TABLET	3	QL
TORPENZ 2.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 7.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORSEMIDE 5 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 10 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 20 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 100 MG TABLET	1	
TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	2	
TRADJENTA 5 MG TABLET	2	QL
TRAMADOL 50 MG TABLET	1	QL
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5-325 MG TABLET	1	QL
TRANDOLAPRIL 1 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 2 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 4 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 1-240 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-180 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-240 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 4-240 MG	1		TRIAMTERENE 50 MG CAPSULE	3	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	1		TRIAMTERENE 100 MG CAPSULE	3	
TRANLYCYPROMINE 10 MG TABLET	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	1	
TRAVOPROST 0.004% EYE DROPS	1		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1		TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TRAZODONE 100 MG TABLET	1		TRIAZOLAM 0.125 MG TABLET	1	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1		TRIAZOLAM 0.25 MG TABLET	1	
TRAZODONE 300 MG TABLET	1		TRIDACAINA II 5% PATCH	1	
TRECATOR 250 MG TABLET	3		TRIDACAINA III 5% PATCH	1	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	2	QL	TRIDERM 0.1% CREAM	1	
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	2	QL	TRIDERM 0.5% CREAM	1	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX	TRI-ESTARYLLA TABLET	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX	TRIFLUOPERAZINE 1 MG TABLET	1	
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	2	QL	TRIFLUOPERAZINE 2 MG TABLET	1	
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	2	QL	TRIFLUOPERAZINE 5 MG TABLET	1	
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	2	QL	TRIFLUOPERAZINE 10 MG TABLET	1	
TRETINOIN 0.025% CREAM	1	PA, AGE	TRIFLURIDINE 1% EYE DROPS	1	
TRETINOIN 0.05% CREAM	1	PA, AGE	TRIHEXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
TRETINOIN 0.1% CREAM	1	PA, AGE	TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRETINOIN 0.01% GEL	1	PA, AGE	TRIHEXYPHENIDYL 5 MG TABLET	1	
TRETINOIN 0.025% GEL	1	PA, AGE	TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN 0.05% GEL	1	PA, AGE	TRIKAFTA 80-40-60 MG/59.5 MG PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	3	PA	TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	1	PA, AGE	TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	1	PA, AGE	TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1	
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	1	PA, AGE	TRI-LINYAH TABLET	1	
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	1	PA, AGE	TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1	
TRETIN-X 0.075% CREAM	3	PA, AGE	TRI-LO-MARZIA TABLET	1	
TRETIN-X 0.025% CREAM COMBO PACK	3	PA, AGE	TRI-LO-MILI TABLET	1	
TRETIN-X 0.05% COMBO PACK	3	PA, AGE	TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1	
TRETIN-X 0.1% COMBO PACK	3	PA, AGE	TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG CAPSULE	1	
TRI FEMYNOR 28 TABLET	1		TRIMETHOPRIM 100 MG TABLET	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	1		TRI-MILI 28 TABLET	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	1		TRIMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	1	
TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	1		TRIMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% DENTAL PASTE	1		TRIMIPRAMINE 100 MG CAPSULE	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	1		TRINATAL RX 1 TABLET	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	1		TRINTELLIX 5 MG TABLET	3	QL, ST
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	1		TRINTELLIX 10 MG TABLET	3	QL, ST

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRINTELLIX 20 MG TABLET	3	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
TRI-NYMYO 28 TABLET	1		TRUECONTROL GLUCOSE SOLUTION	2	
TRI-PREVIFEM TABLET	1		TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	2	
TRI-SPRINTEC TABLET	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	3	QL	TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION	3	QL	TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.5 MG/ML ORAL DROPS	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
TRI-VIT-FLUOR 0.5 MG/ML ORAL DROPS	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
TRIVORA-28 TABLET	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 29G 1/2"	2	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
TROPICAMIDE 0.5% EYE DROPS	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
TROPICAMIDE 1% EYE DROPS	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 28G 1/2"	2	
TROSPIMUM 20 MG TABLET	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	2	
TROSPIMUM ER 60 MG CAPSULE	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	2	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 28G 1/2"	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	2		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 29G 1/2"	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 6MM	2		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 30G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	2		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2		TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	2		TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2		TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	2		TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	2		TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCINE	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	2		TRUSTEEL INFUSION SET 23" 6MM	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 1/2"	2		TRUSTEEL INFUSION SET 23" 8MM	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 5/16"	2		TRUSTEEL INFUSION SET 32" 6MM	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 31G 5/16"	2		TRUSTEEL INFUSION SET 32" 8MM	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 32G 5/16"	2		TRUZONE PEAK FLOW METER	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"	2		TUDORZA PRESSAIR 400 MCG INHALER	3	QL, ST
TRUE COMFORT PRO 1ML 30G 5/16"	2		TULANA 0.35 MG TABLET	1	
TRUE COMFORT PRO 1ML 31G 5/16"	2		TURQOZ-28 TABLET	1	
TRUE COMFORT PRO 1ML 32G 5/16"	2		TWINRIX VACCINE SYRINGE	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2		TYBOST 150 MG TABLET	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2		TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2		TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTOR	4	PA, QL, SRX
TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2		TYVASO 1.74 MG/2.9 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2		TYVASO INHALATION REFILL KIT	4	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TYVASO INHALATION STARTER KIT	4	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPAK 0.5ML 30G 12.7MM	2	
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	4	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPAK 0.5ML 31G 8MM	2	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPAK 1ML 30G 12.7MM	2	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML ON-BODY	4	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPAK PACK 29G 12.7MM	2	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPAK PACK 32G 4MM	2	
ULESFIA 5% LOTION	3		ULTIGUARD SAFEPAK 1ML 31G 8MM	2	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 30G 1/2"	2		ULTIGUARD SAFEPAK 31G 5MM	2	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 31G 1/4"	2		ULTIGUARD SAFEPAK 31G 6MM	2	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 30G 1/2"	2		ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM	2	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 31G 1/4"	2		ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM	2	
ULTICARE INSULIN 1 ML 31G 1/4"	2		ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM	2	
ULTICARE INSULIN SAFETY 1ML 29G 1/2"	2		ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2		ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2		ULTILET PEN NEEDLE	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
ULTICARE LDS SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	2		ULTRA COMFORT 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2		ULTRA COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" (1/2)	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2		ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 32G	2		ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2		ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 12MM 29G	2		ULTRA COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 12.7 MM 29G	2		ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2		ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	2	
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29G 1/2"	2		ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2		ULTRA COMFORT 1 ML 30G 5/16"	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 5MM 30G	2		ULTRA COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2		ULTRA FLO 0.3ML 30G 1/2" (1/2)	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2		ULTRA FLO 0.3ML 30G 5/16"(1/2)	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		ULTRA FLO 0.3ML 31G 5/16"(1/2)	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2		ULTRA FLO PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2		ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2		ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 0.3ML 30G 12.7MM	2		ULTRA FLO SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 0.3ML 31G 8MM	2		ULTRA THIN PEN NEEDLE 32G 4MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTRACARE INSULIN 0.3 ML 30G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP MAX 30G 3/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP NEEDLE 29G	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 30G 1/2"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 29G 1/2"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 30G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 30G 3/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 31G 1/4"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 30G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 30G 1/2"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 31G 5/16"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 32G 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		UNIFINE PENTIP PLUS 33G 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2		UNIFINE PROTECT 30G 5MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		UNIFINE PROTECT 30G 8MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 1/4"	2		UNIFINE PROTECT 32G 4MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 3/16"	2		UNIFINE SAFECONTROL 30G 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2		UNIFINE SAFECONTROL 30G 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33G 5/32"	2		UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM	2	
ULTRA-THIN II 1 ML 31G 5/16"	2		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.3 ML 30G	2		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.3 ML 31G	2		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 29G	2		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 30G	2		UNISTRIP CONTROL SOLUTION HIGH	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 31G	2		UNISTRIP CONTROL SOLUTION LOW	2	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29G	2		UNITHROID 25 MCG TABLET	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 30G	2		UNITHROID 50 MCG TABLET	1	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		UNITHROID 75 MCG TABLET	1	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		UNITHROID 88 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	2		UNITHROID 100 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION NORMAL	2		UNITHROID 112 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK ULTIMATE CONTROL SOLUTION	2		UNITHROID 125 MCG TABLET	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		UNITHROID 137 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 29G 12MM	2		UNITHROID 150 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 5MM	2		UNITHROID 175 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 6MM	2		UNITHROID 200 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 8MM	2		UNITHROID 300 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2		UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 32G 4MM	2		UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 32G 6MM	2		UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 32G 1/4"	2		UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2		UPTRAVI 200 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 33G 5/32"	2		UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 6MM NEEDLE	2		UPTRAVI 400 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD
UNIFINE PENTIP 8MM NEEDLE	2		UPTRAVI 600 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
UPTRAVI 800 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT U-100 29 1/2" SYRINGE	2	
URISTIX 4 REAGENT TEST STRIP	2		VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE	2	
URISTIX REAGENT TEST STRIP	2		VAQTA 50 UNITS/ML SYRINGE	2	
UROQID-ACID NO.2 500-500 TABLET	3		VAQTA 25 UNITS/0.5 ML VIAL	2	
URSODIOL 300 MG CAPSULE	1		VAQTA 50 UNITS/ML VIAL	2	
URSODIOL 250 MG TABLET	1		VARENICLINE 1 MG CONTINUING MONTH BOX	2	
URSODIOL 500 MG TABLET	1		VARENICLINE STARTING MONTH BOX	2	
USTELL CAPSULE	1		VARENICLINE 0.5 MG TABLET	2	
UTIRA-C TABLET	1		VARENICLINE 1 MG TABLET	2	
VALACYCLOVIR 500 MG TABLET	1		VARISOFT INFUSION SET 23" 13MM	2	
VALACYCLOVIR 1 GRAM TABLET	1		VARISOFT INFUSION SET 23" 17MM	2	
VALGANCICLOVIR 50 MG/ML ORAL SOLUTION	3		VARISOFT INFUSION SET 32" 13MM	2	
VALGANCICLOVIR 450 MG TABLET	3		VARISOFT INFUSION SET 32" 17MM	2	
VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	1		VARISOFT INFUSION SET 43" 13MM	2	
VALPROIC ACID 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		VARISOFT INFUSION SET 43" 17MM	2	
VALPROIC ACID 500 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1		VARIVAX VACCINE VIAL	2	
VALSARTAN 40 MG TABLET	1		VARIVAX VACCINE WITH DILUENT	2	
VALSARTAN 80 MG TABLET	1		VAXELIS VACCINE SYRINGE	2	
VALSARTAN 160 MG TABLET	1		VAXELIS VACCINE VIAL	2	
VALSARTAN 320 MG TABLET	1		VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE	2	
VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	1		VELIVET 28 DAY TABLET	1	
VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG TABLET	1		VEMLIDY 25 MG TABLET	4	PA, SRX
VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG TABLET	1		VENCLEXTA STARTING PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG TABLET	1		VENCLEXTA 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG TABLET	1		VENCLEXTA 10 MG TABLET (10MG X 2)	4	PA, QL, LDD, SRX
VANADOM 350 MG TABLET	1		VENCLEXTA 50 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	3	QL	VENCLEXTA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	3	QL	VENLAFAXINE 25 MG TABLET	1	QL
VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL	VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	1	QL
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1		VENLAFAXINE 50 MG TABLET	1	QL
VANISHPOINT 0.5 ML 30G 1/2" SYRINGE	2		VENLAFAXINE 75 MG TABLET	1	QL
VANISHPOINT 3 ML 21G 1" SYRINGE	2		VENLAFAXINE 100 MG TABLET	1	QL
VANISHPOINT 3 ML 22G 1.5" SYRINGE	2		VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	1	QL
VANISHPOINT 20G 1" 3 ML SYRINGE	2		VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	1	QL
VANISHPOINT 21G 1.5" 3 ML SYRINGE	2		VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	1	QL
VANISHPOINT 22G 1" 3 ML SYRINGE	2		VENTAVIS 10 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
VANISHPOINT 23G 1" 3 ML SYRINGE	2		VENTAVIS 20 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
VANISHPOINT 23G 1.5" 3 ML SYRINGE	2		VERAPAMIL 40 MG TABLET	1	
VANISHPOINT 25G 1" 3 ML SYRINGE	2		VERAPAMIL 80 MG TABLET	1	
VANISHPOINT 25G 5/8" 3 ML SYRINGE	2		VERAPAMIL 120 MG TABLET	1	
VANISHPOINT INSULIN 1 ML 30G 3/16"	2		VERAPAMIL ER 120 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VERAPAMIL ER 180 MG CAPSULE	1		VIOKACE 10,440-39,150 UNITS TABLET	3	
VERAPAMIL ER 240 MG CAPSULE	1		VIOKACE 20,880-78,300 UNITS TABLET	3	
VERAPAMIL ER 120 MG TABLET	1		VIORELE 28 DAY TABLET	1	
VERAPAMIL ER 180 MG TABLET	1		VIREAD POWDER	2	
VERAPAMIL ER 240 MG TABLET	1		VIREAD 150 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER PM 100 MG CAPSULE	2		VIREAD 200 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER PM 200 MG CAPSULE	2		VIREAD 250 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER PM 300 MG CAPSULE	2		VIRT-C DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 120 MG CAPSULE	1		VIRT-NATE DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 180 MG CAPSULE	1		VIRT-PN DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 240 MG CAPSULE	1		VIRT-PN PLUS SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 360 MG CAPSULE	1		VISTOGARD 10 GRAM PACKET	4	LDD, SRX
VEREGEN 15% OINTMENT	3		VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	2		VITAFOL-OB CAPLET	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 29G 12MM	2		VITAMIN D2 1.25 MG (50,000 UNIT)	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	2		VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,2,3	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2		VOLNEA 0.15-0.02-0.01 MG TABLET	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2		VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	2		VORICONAZOLE 50 MG TABLET	3	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	2		VORICONAZOLE 200 MG TABLET	3	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	2		VORTEX ADULT MASK	2	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		VORTEX HOLDING CHAMBER	2	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	2		VORTEX VHC FROG CHILD MASK	2	QL
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	2		VORTEX VHC LADYBUG TODDLER MASK	2	QL
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	2		VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	2		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	3	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2		VRAYLAR 3 MG CAPSULE	3	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	2		VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	3	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2		VRAYLAR 6 MG CAPSULE	3	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	3	QL, ST
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1		VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1	
VIENVA-28 TABLET	1		VYLIBRA 28 TABLET	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX	VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
VIGABATRIN 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	WAKIX 4.45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX	WAKIX 17.8 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 1 MG TABLET	1	
VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 2 MG TABLET	1	
VILAZODONE 10 MG TABLET	3	QL	WARFARIN 2.5 MG TABLET	1	
VILAZODONE 20 MG TABLET	3	QL	WARFARIN 3 MG TABLET	1	
VILAZODONE 40 MG TABLET	3	QL	WARFARIN 4 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
WARFARIN 5 MG TABLET	1		XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
WARFARIN 6 MG TABLET	1		XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX
WARFARIN 7.5 MG TABLET	1		XOLAIR 150 MG/ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX
WARFARIN 10 MG TABLET	1		XOLAIR 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX
WAVESENSE CONTROL SOLUTION NORMAL	2		XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VIAL	4	PA, LDD, SRX
WERA 0.5/0.035 MG 28 TABLET	1		XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
WESCAP-PN DHA CAPSULE	1		XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
WESNATAL DHA COMPLETE	1		XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
WESNATE DHA SOFTGEL	1		XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE	2	PA
WESTAB PLUS TABLET	1		XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE	2	PA
WIXELA 100-50 INHUB	1	QL	XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE	2	PA
WIXELA 250-50 INHUB	1	QL	XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE	2	PA
WIXELA 500-50 INHUB	1	QL	XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE	2	PA
WM UNIFINE PENTIP PLUS 4MM 32G	2		XTANDI 40 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 5MM 31G	2		XTANDI 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 6MM 31G	2		XTANDI 80 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G	2		XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
WYMZYA FE 0.4-0.035 MG CHEWABLE TABLET	1		YALE NEEDLE 21G 1.25"	2	
XALKORI 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	YARGESA 100 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
XALKORI 250 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
XALKORI 20 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
XALKORI 50 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
XALKORI 150 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX	YUVAFEM 10 MCG VAGINAL INSERT	1	QL
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	2	QL	ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
XARELTO 2.5 MG TABLET	2	QL	ZAFIRLUKAST 10 MG TABLET	1	
XARELTO 10 MG TABLET	2	QL	ZAFIRLUKAST 20 MG TABLET	1	
XARELTO 15 MG TABLET	2	QL	ZALEPLON 5 MG CAPSULE	1	
XARELTO 20 MG TABLET	2	PQL	ZALEPLON 10 MG CAPSULE	1	
XARELTO DVT-PE STARTER PACK	2	QL	ZARAH TABLET	1	
XDEMZY 0.25% EYE DROPS	4	PA, QL, LDD, SRX	ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	SRX
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL, SRX	ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	4	SRX
XELJANZ 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1	
XELJANZ 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1	
XELJANZ XR 11 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	ZELBORAF 240 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XELJANZ XR 22 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	ZELNORM 6 MG TABLET	3	
XIFAXAN 200 MG TABLET	3	PA, QL	ZENATANE 10 MG CAPSULE	3	
XIFAXAN 550 MG TABLET	3	PA, QL	ZENATANE 20 MG CAPSULE	3	
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL	ZENATANE 30 MG CAPSULE	3	
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	2	QL	ZENATANE 40 MG CAPSULE	3	
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL	ZENZEDI 5 MG TABLET	1	QL
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	2	QL	ZENZEDI 10 MG TABLET	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	4	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	4	PA, QL, SRX, LDD
ZETONNA 37 MCG NASAL SPRAY	3	ST
ZIDOVUDINE 100 MG CAPSULE	1	
ZIDOVUDINE 50 MG/5 ML SYRUP	1	
ZIDOVUDINE 300 MG TABLET	1	
ZILEUTON ER 600 MG TABLET	4	SRX
ZIMHI 5 MG/0.5 ML SYRINGE	2	
ZIPRASIDONE 20 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 40 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 60 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 80 MG CAPSULE	1	
ZIRGAN 0.15% EYE GEL	3	
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT SYRINGE	4	PA, SRX
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT SYRINGE	4	PA, SRX
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG ODT TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
ZOLPIDEM 5 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM 10 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM ER 6.25 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM ER 12.5 MG TABLET	1	
ZONISAMIDE 25 MG CAPSULE	1	
ZONISAMIDE 50 MG CAPSULE	1	
ZONISAMIDE 100 MG CAPSULE	1	
ZOVIA 1-35 TABLET	1	
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUBSOLV 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUBSOLV 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
ZUMANDIMINE 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZYDELIG 150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
ZYKADIA 150 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
ZYLET EYE DROPS	3	PA

Preguntas frecuentes

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Estas son las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

P. ¿Por qué hacen cambios en la Lista de medicamentos?

R. Revisamos y actualizamos regularmente la Lista de medicamentos de su plan para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo. 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. 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 adicionales para un medicamento.

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través del proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta es manejada por el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) 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, dependen 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 o Suministro relacionado en particular 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.

P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?

R. El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?

R. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **PA** o **ST** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **QL** al lado del nombre, es posible que

Preguntas frecuentes (cont.)

necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **AGE** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden ser inseguros si se combinan con otros
- Tienen alternativas de menor costo y misma eficacia disponibles
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen límites a la cantidad?

R. Medicamentos que:

- Suelen tomarse en cantidades mayores a lo que sería apropiado o por períodos más largos de lo que sería apropiado
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Trastorno por déficit de atención (TDA)/ | • Presión arterial alta |
| Trastorno por déficit de atención con | • Colesterol alto |
| hiperactividad (TDAH) | • Salud mental |
| • Alergias | • Vejiga hiperactiva/ |
| • Asma/EPOC | problemas de vejiga |
| • Salud cardiovascular | • Control del dolor |
| • Diabetes | • Trastornos del sueño |
| • Pirosis/úlceras/acidez | |
| estomacal | |

P. ¿Por qué mi medicamento tiene un requisito de edad?

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

P. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que

se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener el medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que necesita aprobación pero no obtengo la aprobación de antemano?

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura.

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

R. 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 productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, 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/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**

y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

R. Puede usar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior y/o pedir que le despachen un suministro para 90 días. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual que su versión de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.³

Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.

P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Preguntas frecuentes (cont.)

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

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?

R. Su plan no ofrece cobertura fuera de la red. Para que su medicamento esté cubierto, debe usar una farmacia de la red.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí.⁴

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Recordatorios de renovaciones sin costo adicional⁶
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para pasar su receta electrónicamente. Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al **800.835.3784**. Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁸ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, 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. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de Express Scripts® Pharmacy.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), no se brindan beneficios para lo siguiente:

1. **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
2. **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta EOC.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta EOC.
4. Servicios o suministros **que no son Medicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta EOC**.
8. 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.
9. Cualquier condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, **en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales**, incluso si el Miembro no reclama esos beneficios.
10. Condiciones 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 un Miembro en el servicio militar de cualquier país**; (d) la **participación de un Miembro 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 un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que un Miembro **se encuentre en estado de embriaguez** –según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual tenga lugar 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.
11. 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 EOC.
12. **Servicios que deben ser brindados por un sistema o distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal**.
13. Cualquier **servicio por el cual se obtenga 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.
14. **Si el Miembro está inscrito en las Partes A, B, C o D de Medicare**, Cigna Healthcare proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta EOC menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago realizado por Cigna Healthcare no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
15. **Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez**, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por esta EOC.
16. **Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera de las siguientes personas:**
 - Usted o Su empleador;
 - una persona que viva en el hogar del Miembro o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
 - un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, o a una organización de la cual Usted reciba una remuneración.
17. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia** según lo definido en esta EOC.
18. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o el beneficio de Servicios de atención para enfermos terminales de esta EOC.
20. **Cargos de cuarto y comida para pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
21. Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de un Trastorno de salud mental.
22. **Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen:** terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; terapia de inyección en puntos de acupuntura; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.
23. 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.
24. **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.
25. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
26. **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.
27. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
28. Servicios **indicados por un Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante de un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario**, cuando ese Médico u otro Proveedor:
 - no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
 - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
29. **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 EOC.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
31. **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.
32. **Los servicios cubiertos por este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el Intercambio** y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este plan.
33. **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta EOC, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
34. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
35. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta EOC en Cuidado de la vista pediátrico.

36. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
37. **Cirugía, tratamiento** u otros servicios **estéticos** 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.
38. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal**, 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 EOC.
39. **Asesoría o servicios auxiliares no médicos** que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, 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 EOC establezca lo contrario.
40. Servicios y procedimientos para **cirugía para retirar piel sobrante**, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia craneosacral/craneal, kinesioterapia aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia (incluida la reducción de los senos, a menos que sea Médicamente necesaria), várices, rinoplastia y blefaroplastia.
41. 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.
42. Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
43. 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.
44. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
45. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
46. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para Prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
47. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **Prótesis mioeléctricas**.
48. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
49. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
50. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
51. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
52. **Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética** en lugar de motivos funcionales.
53. **Aparatos ortopédicos que no son para los pies**, excepto **únicamente** los siguientes Aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
 - Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

- Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
54. 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. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque el Miembro tenga otras condiciones 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.
55. **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta EOC se establezca específicamente lo contrario.
56. Terapia o tratamiento **destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, el cuidado de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
57. **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 Healthcare.
58. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta EOC.
59. **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 “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC” de esta EOC. 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 EOC establezca lo contrario.
60. **Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en “Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.
61. **Los Cargos de los Proveedores en país extranjero**, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.
62. **Cuidado de rutina de los pies**, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, una Lesión o síntomas que comprometan los pies. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Medicamento necesarios.
63. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que el Miembro 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.
64. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
65. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
66. **Reclamos recibidos por Cigna Healthcare después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.
67. Servicios obtenidos de un **Médico de cuidado primario virtual exclusivo** que no son servicios de Cuidado de urgencia virtual exclusivo o de Cuidado primario virtual exclusivo.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte 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 Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. [fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers](https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers).
4. Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts® Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts®. Puede hacerlo en línea o por teléfono. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
7. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
8. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. En Utah, todos los productos y servicios son brindados por Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT).

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un representante de Servicio al Cliente que le ayude.



Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluyendo Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc., y Cigna HealthCare of Texas, 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). ATENCION: 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).

Si considera que Cigna Healthcare no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal enviando un correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com** o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016 Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja formal escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com**. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F,
HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Proficiency in Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna Healthcare, 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 Healthcare, 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 Healthcare الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتص 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare-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 می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره گیری کنید).