

Lista de medicamentos con receta de 5 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 5 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 5 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	2	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	2	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	2	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	2	
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	2	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	2	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	5	PA, QL, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	3	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	3	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 5% OINTMENT	4	PA, QL
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP SYRINGE	3	
ADACEL TDAP VIAL	3	
ADALIMUMAB-ADAZ	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBIM	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK	5	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	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 5 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 preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos genéricos. Este nivel generalmente incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca de bajo costo. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.	\$
Nivel 3	Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$
Nivel 4	Medicamentos no preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$
Nivel 5	Medicamentos de especialidad y otros medicamentos de alto costo. Este nivel generalmente incluye medicamentos de especialidad y medicamentos genéricos y de marca de alto costo. 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	44-50
2	6	N	50-52
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 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 0.25 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	2	
ALTABAX 1% OINTMENT	4	
ALTACAIN 0.5% EYE DROPS	2	
ALTAVERA-28 TABLET	1	
ALVESCO 80 MCG INHALER	3	
ALVESCO 160 MCG INHALER	3	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1	
ALYQ 20 MG TABLET	5	PA, SRX
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	2	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	2	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
AMANTADINE 100 MG TABLET	2	
AMBRISANTAN 5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
AMBRISANTAN 10 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
AMCINONIDE 0.1% CREAM	2	
AMCINONIDE 0.1% LOTION	2	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
AMETHIA LO TABLET	1	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1	
AMILORIDE 5 MG TABLET	2	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX
AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	5	PA, SRX
AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	5	PA, SRX
AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 5 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-320-25 MG TABLET	3	
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2	
AMNESTEEM 10 MG CAPSULE	4	
AMNESTEEM 20 MG CAPSULE	4	
AMNESTEEM 40 MG CAPSULE	4	
AMOXAPINE 25 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 50 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 100 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 150 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1	

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ARANESP 300 MCG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 500 MCG/1 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 25 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 40 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 60 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 100 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 200 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARCALYST 220 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
AREXVY VIAL KIT	3	
ARFORMOTEROL 15 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
ARIPIRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE ODT 10 MG TABLET	4	
ARIPIRAZOLE ODT 15 MG TABLET	4	
ARMODAFINIL 50 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 150 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 200 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 250 MG TABLET	2	PA
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	3	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INHALER	3	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INHALER	3	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INHALER	3	
ASCOMP WITH CODEINE CAPSULE	2	PA
ASENAPINE 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASENAPINE 5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASENAPINE 10 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	4	QL, ST
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	4	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	4	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	4	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	4	ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	4	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	4	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	4	QL, ST
ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	2	PA
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER 25-200 MG CAPSULE	2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	3	
ASSURE DOSE CONTROL SOLUTION	3	
ASSURE ID DUO PRO NEEDLE 31G 5MM	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 3/16"	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	3	
ASSURE ID SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ASSURE ID SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
ASSURE PRISM CONTROL SOLUTION	3	
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE	5	SRX
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE	5	SRX
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE	5	SRX
ASTHMA CHECK PEAK FLOW METER	3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	3	
ATAZANAVIR 150 MG CAPSULE	2	
ATAZANAVIR 200 MG CAPSULE	2	
ATAZANAVIR 300 MG CAPSULE	2	
ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25 MG TABLET	2	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25 MG TABLET	2	
ATOMOXETINE 10 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 18 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 25 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 40 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 60 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 80 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 100 MG CAPSULE	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATORVASTATIN 10 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 20 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 40 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 80 MG TABLET	2	
ATOVAQUONE 750 MG/5 ML SUSPENSION	4	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 62.5-25 TABLET	2	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 250-100 TABLET	2	
ATROPINE 1% EYE DROPS	2	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2	
AUBRA EQ-28 TABLET	1	
AUBRA-28 TABLET	1	
AUROVELA 1 MG-20 MCG TABLET	1	
AUROVELA 21 1.5-30 TABLET	1	
AUROVELA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
AUROVELA FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
AUROVELA FE 1-20 TABLET	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	3	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 23" 13MM	3	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 43" 13MM	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 6MM	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 9MM	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 6MM	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 9MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 6MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 9MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" 6MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 6MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 9MM	3	
AVIANE-28 TABLET	1	
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	5	PA, SRX
AVONEX PREFILLED SYRINGE 30 MCG KIT	5	PA, SRX
AYUNA-28 TABLET	1	
AZASITE 1% EYE DROPS	4	
AZATHIOPRINE 50 MG TABLET	2	
AZELAIC ACID 15% GEL	3	
AZELASTINE 0.05% DROPS	2	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG) NASAL SPRAY	2	
AZELASTINE 0.15% NASAL SPRAY	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AZELASTINE-FLUTICASONE 137-50MCG NASAL SPRAY	3	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2	
AZO TEST TEST STRIP	3	
AZURETTE 28 DAY TABLET	1	
BACITRACIN 500 UNIT/GM EYE OINTMENT	2	
BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
BACLOFEN 5 MG TABLET	2	
BACLOFEN 10 MG TABLET	2	
BACLOFEN 20 MG TABLET	2	
BAL-CARE DHA COMBO PACK	1	
BALCOLTRA TABLET	4	
BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	2	
BALZIVA 28 TABLET	1	
BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY ONE PACK	3	QL
BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY TWO PACK	3	QL
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
BASAGLAR TEMPO PEN 100 UNIT/ML	3	QL
BD 3 ML SYRINGE 18G 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25G 1"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25G 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 5MM 30G	3	
BD BLUNT NEEDLE 18G 1-1/2"	3	
BD ECLIPSE 30G 1/2" SYRINGE	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1.5"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22G 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23G 25MM	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23G 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 40MM	3		BD NEEDLE 20G 1-1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1"	3		BD NEEDLE 21G 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1.5"	3		BD NEEDLE 21G 1-1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 5/8"	3		BD NEEDLE 21G 2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 27G 1/2"	3		BD NEEDLE 22G 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 13MM	3		BD NEEDLE 22G 1-1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 1/2"	3		BD NEEDLE 22G 3/4"	3	
BD FILTER NEEDLE	3		BD NEEDLE 23G 0.75"	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.7MM	3		BD NEEDLE 23G 1"	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MM 31G(1/2)	3		BD NEEDLE 23G 1.25"	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		BD NEEDLE 23G 1-1/2"	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		BD NEEDLE 25G 0.625"	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12.7MM	3		BD NEEDLE 25G 0.875"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	3		BD NEEDLE 25G 1"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 5/8"	3		BD NEEDLE 25G 1.5"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 1"	3		BD NEEDLE 25G 5/8"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26G 1/2"	3		BD NEEDLE 26G 0.375"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	3		BD NEEDLE 26G 0.5"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 5/8"	3		BD NEEDLE 26G 0.625"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3		BD NEEDLE 27G 0.5"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	3		BD NEEDLE 27G 1 1.25"	3	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MM 31G	3		BD NEEDLE 30G 0.5"	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 8MM 31G	3		BD NEEDLE 30G 1"	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3ML 12.7MM 30G	3		BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18G 1.5"	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 8MM 31G	3		BD NOKOR NEEDLE 16G 1"	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5ML 12.7MM 30G	3		BD NOKOR NEEDLE 18G 1"	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 12.7MM 30G	3		BD PRECISIONGLIDE 27G 1-1/2" NEEDLE	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 8MM 31G	3		BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22G 3/4"	3	
BD INTEGRA NEEDLE 25G 5/8"	3		BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3	
BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23G 1"	3		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21G 1-1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 29G 13MM	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 6MM	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 8MM	3	
BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 29G 13MM	3	
BD NEEDLE 16G 1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 30G 8MM	3	
BD NEEDLE 16G 1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 31G 6MM	3	
BD NEEDLE 18G 1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 29G 13MM	3	
BD NEEDLE 18G 1-1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 6MM 31G	3	
BD NEEDLE 19G 1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLE 19G 1-1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18G 1.5"	3	
BD NEEDLE 20G 1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1.5"	3		BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% LOTION	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G 1.5"	3		BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% OINTMENT	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G 1"	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.1% CREAM	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G 5/8"	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.1% LOTION	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27G 5/8"	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.1% OINTMENT	2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.12% FOAM	2	
BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 6MM 32G	3		BETAXOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 5MM 31G	3		BETAXOLOL 10 MG TABLET	2	
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 4MM 32G	3		BETAXOLOL 20 MG TABLET	2	
BD ULTRAFINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MM 29G	3		BETHANECHOL 5 MG TABLET	2	
BD ULTRAFINE SHORT PEN NEEDLE 8MM 31G	3		BETHANECHOL 10 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN 0.3ML 6MM 31G (1/2)	3		BETHANECHOL 25 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MM 31G	3		BETHANECHOL 50 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MM 31G	3		BEXAROTENE 1% GEL	5	PA, SRX
BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MM 31G	3		BEXAROTENE 75 MG CAPSULE	5	PA, SRX
BECONASE AQ 0.042% NASAL SPRAY	4	ST	BEXSERO PREFILLED SYRINGE	3	
BELLADONNA-OPIUM 16.2-30 SUPPOSITORY	2	PA	BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML SYRINGE	3	
BELLADONNA-OPIUM 16.2-60 SUPPOSITORY	2	PA	BEYFORTUS 100 MG/ML SYRINGE	3	
BENZAEPRIIL 5 MG TABLET	1		BICALUTAMIDE 50 MG TABLET	2	
BENZAEPRIIL 10 MG TABLET	1		BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET	4	QL
BENZAEPRIIL 20 MG TABLET	1		BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	4	QL
BENZAEPRIIL 40 MG TABLET	1		BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL
BENZAEPRIIL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	2		BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	4	
BENZAEPRIIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2		BISOPROLOL 5 MG TABLET	2	
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2		BISOPROLOL 10 MG TABLET	2	
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	2		BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG TABLET	1	
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2		BLISOVI 24 FE TABLET	1	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	2		BLISOVI FE 1-20 TABLET	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	2		BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	1	
BEPOTASTINE 1.5% EYE DROPS	4		BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
BESER 0.05% LOTION	2		BLUNT NEEDLE	3	
BETADINE 5% EYE SOLUTION	4		BOOSTRIX TDAP	3	
BETAINE 1 GRAM/SCOOP POWDER	5	PA, SRX	BOSENTAN 62.5 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% CREAM	2		BOSENTAN 125 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% LOTION	2		BOSULIF 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% OINTMENT	2		BOSULIF 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% CREAM	2		BOSULIF 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% GEL	2		BOSULIF 400 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	2	QL	CANDESARTAN 4 MG TABLET	2	
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLET	2	QL	CANDESARTAN 8 MG TABLET	2	
BUTORPHANOL 10 MG/ML NASAL SPRAY	2	PA, QL	CANDESARTAN 16 MG TABLET	2	
BYDUREON BCISE 2 MG AUTO-INJECTOR	3	PA, QL	CANDESARTAN 32 MG TABLET	2	
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL	CANDESARTAN-HCTZ 16-12.5 MG TABLET	2	
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL	CANDESARTAN-HCTZ 32-12.5 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		CANDESARTAN-HCTZ 32-25 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		CAPECITABINE 150 MG TABLET	5	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		CAPECITABINE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		CAPRELSA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		CAPRELSA 300 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		CAPTAPRIL 12.5 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		CAPTAPRIL 25 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		CAPTAPRIL 50 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		CAPTAPRIL 100 MG TABLET	2	
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	2	QL	CAPTAPRIL-HCTZ 25-15 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPTAPRIL-HCTZ 25-25 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPTAPRIL-HCTZ 50-15 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPTAPRIL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2	QL
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	2		CAPVAXIVE 0.5 ML SYRINGE	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	3		CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	3		CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	3		CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	4		CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	2		CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2		CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2		CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	2		CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2		CARBIDOPA 25 MG TABLET	4	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG ODT TABLET	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG ODT TABLET	2	
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG ODT TABLET	2	
CALQUENCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 TABLET	2	
CAMILA 0.35 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 TABLET	2	
CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 TABLET	2	
CAMRESE LO TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA ER 25-100 TABLET	2	
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	2	
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 50 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 75 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 100 MG-ENTACAPONE TABLET	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARBIDOPA-LEVODOPA 125 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA 150 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA 200 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 32G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	3	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 5MM 31G	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 6MM 31G	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 8MM 31G	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 12MM 29G	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	3	
CARESENS CONTROL SOLUTION	3	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3	

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX	CETRORELIX 0.25 MG VIAL	5	PA, SRX
CAZANT 28 DAY TABLET	1		CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	2	
CEFACLO 250 MG CAPSULE	2		CHANTIX 1 MG CONTINUING MONTH BOX	3	
CEFACLO 500 MG CAPSULE	2		CHANTIX STARTING MONTH BOX	3	
CEFACLO 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHANTIX 0.5 MG TABLET	3	
CEFACLO 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHANTIX 1 MG TABLET	3	
CEFACLO 375 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
CEFACLO ER 500 MG TABLET	3		CHATEAL EQ-28 TABLET	1	
CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	2		CHATEAL-28 TABLET	1	
CEFADROXIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEK-STIX TEST STRIP	3	
CEFADROXIL 500 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMET 100 MG CAPSULE	4	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	2		CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	3	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	2		CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	3	
CEFDINIR 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	3	
CEFDINIR 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	3	
CEFDITOREN 400 MG TABLET	2		CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	3	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3		CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	3	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP BG DIARY	3	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	3	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	3	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	2	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	2		CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	2	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	2		CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	2	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	2	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	2		CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	2	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	2		CHLOROQUINE 250 MG TABLET	2	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	2		CHLOROQUINE 500 MG TABLET	2	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	2	QL	CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	3	
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	2	QL	CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	3	
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	2	QL	CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	3	
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	2	QL	CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	3	
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	3	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1		CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2		CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	3		CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		CHOLESTYRAMINE PACKET	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CHOLESTYRAMINE POWDER	2		CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	4	PA	CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CICLODAN 0.77% CREAM	2		CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	2	
CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	2		CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	2	
CICLOPIROX 0.77% CREAM	2		CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	2	
CICLOPIROX 0.77% GEL	2		CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	2	
CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2		CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	2		CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL
CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2		CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
CILOSTAZOL 50 MG TABLET	2		CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
CILOSTAZOL 100 MG TABLET	2		CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
CILOXAN 0.3% OINTMENT	4		CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	2		CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	3	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	2		CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	3	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	2		CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	2		CLICKFINE UNIVERSAL 31G 1/4"	3	
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN 1% FOAM	2	
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) STARTER KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2	
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN P 1% PLEDGET	2	
CINACALCET 30 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN (PEDI) 75 MG/5 ML	2	
CINACALCET 60 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2	
CINACALCET 90 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN 75 MG CAPSULE	2	
CIPROFLOXACIN 0.2% EAR SOLUTION	2		CLINDAMYCIN 150 MG CAPSULE	2	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2		CLINDAMYCIN 300 MG CAPSULE	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% FOAM	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% GEL	2	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% LOTION	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% PLEDGET	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% TOPICAL SOLUTION	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL	2	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE EAR SUSPENSION	3		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL PUMP	2	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE 0.3-0.025%	3	PA	CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5% GEL	2	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	CLINDAMYCIN-TRETINOIN 1.2%-0.025% GEL	2	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	CLINDESSE 2% VAGINAL CREAM	4	
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 2.5 MG/ML SUSPENSION	4	PA
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 10 MG TABLET	4	PA
CLARAVIS 10 MG CAPSULE	4		CLOBAZAM 20 MG TABLET	4	PA
CLARAVIS 20 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% CREAM	2	
CLARAVIS 30 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% GEL	2	
CLARAVIS 40 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	2	
CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	2	
CYCLOPENTOLATE 2% DROPS	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	
CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	2	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	4	
CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	4	
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED 100MG/ML ORAL SOLUTION	2	
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG	5	PA, QL, SRX
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2	
CYRED 28 DAY TABLET	1	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	4	PA, QL, LDD
DABIGATRAN 75 MG CAPSULE	4	QL
DABIGATRAN 110 MG CAPSULE	4	QL
DABIGATRAN 150 MG CAPSULE	4	QL
DALFAMPRIDINE ER 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DANAZOL 50 MG CAPSULE	2	
DANAZOL 100 MG CAPSULE	2	
DANAZOL 200 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2	
DAPSONE 25 MG TABLET	4	
DAPSONE 100 MG TABLET	4	
DAPTACEL DTAP VACCINE	3	
DARIFENACIN ER 7.5 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DARIFENACIN ER 15 MG TABLET	2	
DARUNAVIR 600 MG TABLET	2	
DARUNAVIR 800 MG TABLET	2	
DASETTA 1-35-28 TABLET	1	
DASETTA 7/7/7-28 TABLET	1	
DAYSEE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	1	
DEFERASIROX 90 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 180 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 90 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 180 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 125 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX
DEFERASIROX 250 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX
DEFERASIROX 500 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX
DEFERIPRONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERIPRONE 1,000 MG TABLET (3X/DAY)	5	PA, SRX
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	3	
DEMECLOCYCLINE 150 MG TABLET	3	
DEMECLOCYCLINE 300 MG TABLET	3	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE PASTE	2	
DENTA 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
DENTAGEL 1.1% GEL	2	
DERMACINRX LIDOCAN 5% PATCH	2	
DESCOVY 120-15 MG TABLET	3	
DESCOVY 200-25 MG TABLET	3	
DESIPRAMINE 10 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 25 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 50 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 75 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 100 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 150 MG TABLET	2	
DES Loratadine 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
DES Loratadine 5 MG ODT TABLET	2	QL
DES Loratadine 5 MG TABLET	2	QL
DESMOPRESSIN 0.01% NASAL SPRAY	2	
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML NASAL SPRAY	2	
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2	
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 MG TABLET	1	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL TABLET	1	
DESONIDE 0.05% CREAM	2	
DESONIDE 0.05% LOTION	2	
DESONIDE 0.05% OINTMENT	2	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	3	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	3	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	3	
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	3	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	3	
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 100MG TABLET	2	QL
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DEXCOM G6 RECEIVER	3	PA, QL
DEXCOM G7 RECEIVER	3	PA, QL
DEXCOM G6 SENSOR	3	PA, QL
DEXCOM G7 SENSOR	3	PA, QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	3	PA, QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	4	QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 60 MG CAPSULE	4	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 2.5 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	3	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	3	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 15 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 20 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 30 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3	
DIATRUE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
DIATRUE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
DIATRUE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DIAZEPAM 25 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2		DILT XR 240 MG CAPSULE	2	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	2		DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2	
DIAZEPAM 10 MG TABLET	2		DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2	
DIAZOXIDE 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	4		DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2		DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2		DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC POTASSIUM 50 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	2	QL	DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC SODIUM DR 25 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC SODIUM DR 50 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM DR 75 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM EC 25 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	2	
DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	2	
DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	2	
DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	2	
DIDANOSINE DR 400 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	2	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA, QL	DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL	DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DIFLORASONE 0.05% CREAM	4		DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIFLORASONE 0.05% OINTMENT	4		DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	4	PA, QL
DIFLUNISAL 500 MG TABLET	2		DIMETHYL FUMARATE DR 120 MG CAPSULE	4	PA, QL
DIFLUPREDNATE 0.05% EYE DROPS	3		DIMETHYL FUMARATE DR 240 MG CAPSULE	4	PA, QL
DIGOX 125 MCG TABLET	2		DIPENTUM 250 MG CAPSULE	4	
DIGOX 250 MCG TABLET	2		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ELIXIR	4	
DIGOXIN 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	2		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TABLET	2	
DIHYDROERGOTAMINE 1 MG/ML AMPULE	4	QL	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3	
DILT XR 120 MG CAPSULE	2		DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DILT XR 180 MG CAPSULE	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	2	
DISULFIRAM 250 MG TABLET	1	
DISULFIRAM 500 MG TABLET	1	
DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	2	
DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	2	
DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	2	
DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	2	
DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	2	
DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	2	
DODEX 1,000 MCG/ML VIAL	2	
DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	4	QL
DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	4	QL
DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	4	QL
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1	
DONEPEZIL 5 MG TABLET	2	
DONEPEZIL 10 MG TABLET	2	
DONEPEZIL 23 MG TABLET	2	
DONEPEZIL ODT 5 MG TABLET	2	
DONEPEZIL ODT 10 MG TABLET	2	
DORZOLAMIDE 2% EYE DROPS	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2	
DOTTI 0.025 MG PATCH	2	QL
DOTTI 0.0375 MG PATCH	2	QL
DOTTI 0.05 MG PATCH	2	QL
DOTTI 0.075 MG PATCH	2	QL
DOTTI 0.1 MG PATCH	2	QL
DOVATO 50-300 MG TABLET	4	QL
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	2	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	2	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	2	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	2	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2	
DOXEPIN 5% CREAM	4	QL
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DOXEPIN 3 MG TABLET	3	QL
DOXEPIN 6 MG TABLET	3	QL
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG TABLET	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	2	
DRONABINOL 2.5 MG CAPSULE	4	
DRONABINOL 5 MG CAPSULE	4	
DRONABINOL 10 MG CAPSULE	4	
DROPLET 0.5 ML 29G 12.5MM(1/2)	3	
DROPLET 0.5 ML 30G 12.5MM(1/2)	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.5MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 6MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 12.5MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 6MM(1/2)	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 8MM(1/2)	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM(1/2)	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM(1/2)	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 6MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12.5MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3		DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	5	PA, SRX
DROPLET MICRON 34G 9/64"	3		DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	5	PA, SRX
DROPLET PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DROPLET PEN NEEDLE 29G 3/8"	3		DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DROPLET PEN NEEDLE 30G 5/16"	3		DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DROPLET PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		EASIVENT HOLDING CHAMBER	3	QL
DROPLET PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		EASIVENT MASK-LARGE	3	QL
DROPLET PEN NEEDLE 32G 3/16"	3		EASIVENT MASK-MEDIUM	3	QL
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/16"	3		EASIVENT MASK-SMALL	3	QL
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" SYRINGE	3	
DROPSAFE INSULIN 1ML 29G 12.5MM	3		EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" SYRINGE	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 6MM	3		EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	3		EASY COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM	3		EASY COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	3		EASY COMFORT 0.5 ML 32G 5/16"	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 6MM	3		EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 8MM	3		EASY COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		EASY COMFORT 1 ML 32G 5/16"	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYRINGE	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
DROXIA 200 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	3		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	4		EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G	3	
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	EASY PLUS II CONTROL SOLUTION HIGH	3	
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL	EASY PLUS II CONTROL SOLUTION LOW	3	
			EASY STEP CONTROL SOLUTION-HIGH	3	
			EASY STEP CONTROL SOLUTION-LOW	3	
			EASY STEP CONTROL SOLUTION-NORMAL	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TALK CONTROL SOLUTION LOW	3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY TOUCH 0.3 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH BLU LINK CONTROL SOLUTION	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 3/4"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 5/8"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.25"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.25"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 3/4"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1.25"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 5/8"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 3/8"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 5/8"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.25"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.5"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 32G 5/16"	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH LUER LOK INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 5MM	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 8MM	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 16MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1-1/2"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML	3	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION HIGH	3	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION LOW	3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL	3	
EASYGLUCO PLUS CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1-1/2"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1-1/2"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1-1/2"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1-1/2"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 23G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1.5"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASYPPOINT NEEDLE 25G 5/8"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1"	3	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 16MM	3	
EASYTOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 6MM	3	
EC-NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2	
EC-NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2	
ECONAZOLE 1% CREAM	2	
ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET	1	
ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
ED-SPAZ 0.125 MG ODT TABLET	2	
EDURANT 25 MG TABLET	3	
EEMT DS 1.25-2.5 MG TABLET	2	
EEMT HS 0.625-1.25 MG TABLET	2	
EFAVIRENZ 50 MG CAPSULE	2	
EFAVIRENZ 200 MG CAPSULE	2	
EFAVIRENZ 600 MG TABLET	2	
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 600-200-300 MG TABLET	4	QL
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 400-300-300 MG TABLET	3	QL
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 600-300-300 MG TABLET	3	QL
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4	
ELEMENT COMPACT SOLUTION HIGH	3	
ELEMENT COMPACT SOLUTION NORMAL	3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION HIGH	3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION LOW	3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
ELETRIPTAN 20 MG TABLET	3	QL
ELETRIPTAN 40 MG TABLET	3	QL
ELINEST-28 TABLET	1	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	3	QL
ELIQUIS 5 MG TABLET	3	QL
ELIQUIS DVT-PE 5 MG STARTER PACK	3	QL
ELITE-OB TABLET	1	
ELLA 30 MG TABLET	4	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	4	
ELURYNG VAGINAL RING	2	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION HIGH	3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION LOW	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
EMBRACE PRO CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-HIGH(L2)	3	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-LOW(L1)	3	
EMCYT 140 MG CAPSULE	5	SRX
EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX
EMGALITY 120 MG/ML PEN	3	PA
EMGALITY 100 MG/ML SYRINGE(1 OF 3)	3	PA
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	3	PA
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYRINGE)	3	PA
EMOQUETTE 28 DAY TABLET	1	
EMTRICITABINE 200 MG CAPSULE	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG TABLET	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG TABLET	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG TABLET	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG TABLET	2	
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
EMVERM 100 MG CHEWABLE TABLET	4	
EMZAHH 0.35 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 2.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 10 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 20 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG TABLET	1	
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	5	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	5	PA, QL, SRX
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	5	PA, LDD, SRX
ENDOCET 2.5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 10-325 MG TABLET	2	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	4	PA
ENGRIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	3	
ENGRIX-B 20 MCG/ML VIAL	3	
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRINGE	3	
ENILLORING VAGINAL RING	2	
ENLITE SERTER	3	
ENLYTE SOFTGEL	4	
ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 60 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 80 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 100 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 120 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 150 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 300 MG/3 ML VIAL	5	QL, SRX
ENPRESSE-28 TABLET	1	
ENSKYCE 28 TABLET	1	
ENTACAPONE 200 MG TABLET	2	
ENTECAVIR 0.5 MG TABLET	5	SRX
ENTECAVIR 1 MG TABLET	5	SRX
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	3	QL
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	3	QL
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	3	QL
ENULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX
EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION PACK	4	PA, LDD
EPIFOAM FOAM	4	
EPINASTINE 0.05% EYE DROPS	2	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
EPITOL 200 MG TABLET	2	
EPLERENONE 25 MG TABLET	2	
EPLERENONE 50 MG TABLET	2	
EPROSARTAN 600 MG TABLET	2	
EQ SPACE CHAMBER	3	QL
EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE	3	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE	3	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE	3	
EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
EQL PEN 8MM 31G 5/16" NEEDLE	3	
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TABLET	1	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	4	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ERLOTINIB 25 MG TABLET	5	PA, SRX
ERLOTINIB 100 MG TABLET	5	PA, SRX
ERLOTINIB 150 MG TABLET	5	PA, SRX
ERRIN 0.35 MG TABLET	1	
ERTACZO 2% CREAM	4	
ERY 2% PADS	2	
ERYTHROCIN 250 MG TABLET	4	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	2	
ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	2	
ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	3	
ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	3	
ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	3	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	3	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	2	QL
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	2	QL
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1	
ESTAZOLAM 1 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ESTAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 0.01% CREAM	2	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	2	QL
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	2	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	2	
ESZOPICLONE 1 MG TABLET	2	
ESZOPICLONE 2 MG TABLET	2	
ESZOPICLONE 3 MG TABLET	2	
ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	2	
ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ETHYL CHLORIDE SPRAY	2	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ETODOLAC 200 MG CAPSULE	2	
ETODOLAC 300 MG CAPSULE	2	
ETODOLAC 400 MG TABLET	2	
ETODOLAC 500 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 400 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 500 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 600 MG TABLET	2	
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	2	
ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	5	SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ETRAVIRINE 100 MG TABLET	2		EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	3	
ETRAVIRINE 200 MG TABLET	2		EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	3	
EURAX 10% CREAM	4		EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	3	
EUTHYROX 25 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	3	
EUTHYROX 50 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	3	
EUTHYROX 75 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	3	
EUTHYROX 88 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	3	
EUTHYROX 100 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	3	
EUTHYROX 112 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	3	
EUTHYROX 125 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	3	
EUTHYROX 137 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	3	
EUTHYROX 150 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	3	
EUTHYROX 175 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	3	
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	3	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	3		EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	3		EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	3	
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX	EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	3	
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	3	
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	3	
EVEROLIMUS 1 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	3	
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 20G 1" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 20G 1-1/2" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 21G 1" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 21G 1-1/2" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 1" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 1-1/2" 3 ML	3	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 22G 3/4" 3 ML	3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION NORMAL	3		EXEL SYRINGE 23G 1" 3 ML	3	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	3		EXEL SYRINGE 25G 1" 3 ML	3	
EXEL 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	3		EXEL U100 0.3 ML 29G 1/2"	3	
EXEL HUBER 22G 3/4" NEEDLE	3		EXEL U100 0.3 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 1"	3		EXEL U100 0.5 ML 28G 1/2"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 16G 1"	3		EXEL U100 0.5 ML 29G 1/2"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1"	3		EXEL U100 0.5 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1.5"	3		EXEL U100 1 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1"	3		EXEL U100 INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1.5"	3		EXEMESTANE 25 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 0.75"	3		EXTENDED RESERVOIR 3 ML	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1"	3		EZETIMIBE 10 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1.5"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	2		FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	3	PA
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	2		FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	3	PA
FACTIVE 320 MG TABLET	4		FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	3	PA
FALMINA-28 TABLET	1		FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	3	PA
FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	2		FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	3	PA
FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	2		FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	3	PA
FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	2		FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	4	PA
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2		FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	4	PA
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	4	PA
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	4	PA
FARXIGA 5 MG TABLET	3	QL	FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	4	PA
FARXIGA 10 MG TABLET	3	QL	FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	4	PA
FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	4	QL	FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD
FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	4	QL	FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	4	QL
FELBAMATE 600 MG/5 ML SUSPENSION	4		FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	4	QL
FELBAMATE 400 MG TABLET	4		FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	4	QL, ST
FELBAMATE 600 MG TABLET	4		FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	4	QL, ST
FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	2		FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	4	QL, ST
FELODIPINE ER 5 MG TABLET	2		FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	4	QL, ST
FELODIPINE ER 10 MG TABLET	2		FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	4	QL, ST
FEM PH VAGINAL JELLY	2		FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2		FIFTY50 PEN 31G 3/16" NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2		FIFTY50 PEN 31G 5/16" NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2		FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2		FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2		FILTER ASPIRATOR NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2		FILTER NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2		FILTER NEEDLE 19G 1-1/2"	3	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2		FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2		FINASTERIDE 5 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2		FINGOLIMOD 0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
FENOFIBRIC ACID 35 MG TABLET	2		FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
FENOFIBRIC ACID 105 MG TABLET	2		FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG CAPSULE	2		FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG CAPSULE	2		FLAC OTIC OIL 0.01% EAR DROPS	2	
FENOPROFEN 600 MG TABLET	3		FLAVOXATE 100 MG TABLET	2	
FENTANYL 12 MCG/HR PATCH	3	PA	FLECAINIDE 50 MG TABLET	2	
FENTANYL 25 MCG/HR PATCH	3	PA	FLECAINIDE 100 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLECAINIDE 150 MG TABLET	2		FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FLEXICHAMBER	3	QL	FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	3	QL	FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	3	QL	FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	3	QL	FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FLOW-EZE VENTED NEEDLE	3		FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
FLUAD	3		FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	2	QL
FLUARIX	3		FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
FLUBLOK	3		FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
FLUCELVAX	3		FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML SUSPENSION	2		FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	2		FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	2		FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	2		FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	4	
FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	2		FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	4	
FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	2		FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	4	
FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	4		FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	4		FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	2		FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	2	
FLULAVAL	3		FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	2	
FLUMIST	3		FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	2	
FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	2		FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	2		FLUTICASONE 0.05% LOTION	2	
FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	2		FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	2		FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2	
FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	2		FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	3	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	2		FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	3	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	2		FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	3	
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	2		FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	2		FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	2		FLUVOXAMINE 100 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE-E 0.05% CREAM	2		FLUVOXAMINE ER 100 MG CAPSULE	2	QL
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% TOOTHPASTE	2		FLUVOXAMINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
FLUORIDEX SENSITIVE RELIEF TOOTHPASTE	2		FLUZONE	3	
FLUORIMAX 5000 1.1% TOOTHPASTE	2		FLUZONE HIGH-DOSE	3	
FLUOROMETHOLONE 0.1% EYE DROPS	2		FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4		FOLIVANE-OB CAPSULE	1	
FLUOROURACIL 5% CREAM	2		FOLLISTIM AQ 300 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FOLLISTIM AQ 600 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX
FOLLISTIM AQ 900 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX
FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FORA HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1	3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION	3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
FORTISCARE CONTROL SOLUTION HIGH	3	
FORTISCARE CONTROL SOLUTION LOW	3	
FORTISCARE CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	2	
FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	3	
FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	4	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	4	
FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	5	QL, SRX
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	5	QL, SRX
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	3	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	3	PA, QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31G 5/16"	3	
FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL
FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FUZEON 90 MG VIAL	5	SRX
FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	2	
FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	2	
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL
GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	2	
GABAPENTIN 600 MG TABLET	2	
GABAPENTIN 800 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
GALANTAMINE 4 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 8 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 12 MG TABLET	2	
GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	2	QL
GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	2	QL
GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	2	QL
GALZIN 25 MG CAPSULE	4	
GALZIN 50 MG CAPSULE	4	
GARDASIL 9 SYRINGE	3	
GARDASIL 9 VIAL	3	
GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	3	
GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GATTEX 5 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	2		GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	2		GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1	
GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	2		GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	3		GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1	
GEFITINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1	
GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	2		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	2		GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1	
GENGRAF 25 MG CAPSULE	2		GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1	
GENGRAF 100 MG CAPSULE	2		GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	2	
GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2		GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX	GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX	GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	3	QL
GENOTROPIN MINIUQUICK 0.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 0.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 0.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 0.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 1 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 1.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 1.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
GENOTROPIN MINIUQUICK 1.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIUQUICK 1.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIUQUICK 2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	2		GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2		GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2		GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	2		GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	2	
GENVOYA TABLET	4	QL	GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GIANVI 3 MG-0.02 MG TABLET	1		GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GILOTRIF 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
GILOTRIF 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
GILOTRIF 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
GLATIRAMER 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GLYDO 2% JELLY SYRINGE	2	
GLATIRAMER 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	3	
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	3	
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP EASY TOUCH HIGH-LOW SOLUTION	3	
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
GLIMEPIRIDE 1 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER SUSPENSION	2		HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG TABLET	2	QL	HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	2	
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	2	
HYDROCODONE-HOMATROPINE ORAL SOLUTION	2	QL	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 5-200 MG TABLET	2	PA	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5 MG-200 MG TABLET	2	PA	HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2	
HYDROCODONE-IBUPROFEN 10 MG-200 MG TABLET	2	PA	HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 1% CREAM	2		HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2		HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	2	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	2		HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	2	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2		HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2		HYOPHEN TABLET	2	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	2	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	2		HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	3		HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	3		HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3		HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	2		HYPO NEEDLE,POLYPROPYL HUB	3	
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	2		HYPODERMIC NEEDLE,ALUM HUB	3	
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	2		IBANDRONATE 150 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE-ACETIC EAR DROPS	2		IBRANCE 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	IBRANCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	PA	IBRANCE 125 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	IBRANCE 75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	PA	IBRANCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	PA	IBRANCE 125 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	PA	IBU 400 MG TABLET	1	
			IBU 600 MG TABLET	1	
			IBU 800 MG TABLET	1	
			IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
			IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
			IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
			IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ICATIBANT 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, SRX	INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INHALER	3	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		INDAPAMIDE 1.25 MG TABLET	1	
ICLUSIG 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INDAPAMIDE 2.5 MG TABLET	1	
ICLUSIG 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2	
ICLUSIG 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2	
ICLUSIG 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INDOMETHACIN ER 75 MG CAPSULE	2	
ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	4	PA	INFANRIX DTAP SYRINGE	3	
ICOSAPENT ETHYL 1 GRAM CAPSULE	4	PA	INFANRIX DTAP VIAL	3	
ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	4	PA	INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH	3	
ILARIS 150 MG/ML VIAL	5	PA, LDD, SRX	INFINITY CONTROL SOLUTION LOW	3	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6 MM	3		INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23"6MM	3		INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LVL 2	3	
IMATINIB 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	INJECT-EASE SYRINGE NEEDLE INTRODUCER	3	
IMATINIB 400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	INLYTA 1 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	INLYTA 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	3	
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) GREY	3	
IMBRUVICA 140 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) PINK	3	
IMBRUVICA 280 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	3	
IMBRUVICA 420 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	3	
IMBRUVICA 560 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	3	
IMIPRAMINE 10 MG TABLET	2		INSUL-CAP INSULIN HOLDER	3	
IMIPRAMINE 25 MG TABLET	2		INSULIN 3/10 ML SYRINGE	3	
IMIPRAMINE 50 MG TABLET	2		INSULIN 1/2 ML SYRINGE	3	
IMIPRAMINE PAMOATE 75 MG CAPSULE	3		INSULIN 1 ML SYRINGE	3	
IMIPRAMINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CARTRIDGE	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 125 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 150 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 PEN	4	QL, ST
INCASSIA 0.35 MG TABLET	1		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
IN-CHECK NASAL WITH MASK	3		INSULIN CARTRIDGE 3 ML	3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER	3		INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	3	QL
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 13MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3		KELNOR 1-50 TABLET	1	
JANTOVEN 1 MG TABLET	1		KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	5	PA, SRX
JANTOVEN 2 MG TABLET	1		KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	
JANTOVEN 2.5 MG TABLET	1		KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2	
JANTOVEN 3 MG TABLET	1		KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
JANTOVEN 4 MG TABLET	1		KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3	
JANTOVEN 5 MG TABLET	1		KETONE TEST STRIP	3	
JANTOVEN 6 MG TABLET	1		KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	3	
JANTOVEN 7.5 MG TABLET	1		KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	3	
JANTOVEN 10 MG TABLET	1		KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	3	
JANUMET 50-500 MG TABLET	3	QL	KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	2	
JANUMET 50-1,000 MG TABLET	3	QL	KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	2	
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	3	QL	KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	3	QL	KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	3	QL	KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX
JANUVIA 25 MG TABLET	3	QL	KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
JANUVIA 50 MG TABLET	3	QL	KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
JANUVIA 100 MG TABLET	3	QL	KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
JARDIANCE 10 MG TABLET	3	QL	KINRIX TIP-LOK SYRINGE	3	
JARDIANCE 25 MG TABLET	3	QL	KINRIX VIAL	3	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	1		KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	2	
JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1		KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	3	QL	KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	3	QL	KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	3	QL	KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	KLOR-CON 8 MEQ TABLET	2	
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	KLOR-CON 10 MEQ TABLET	2	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	2		KLOR-CON 20 MEQ PACKET	2	
JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		KLOR-CON M10 TABLET	2	
JOYEUX-28 TABLET	1		KLOR-CON M15 TABLET	4	
JULEBER 28 DAY TABLET	1		KLOR-CON M20 TABLET	2	
JULUCA 50-25 MG TABLET	4	QL	KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	3	
JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1		KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	3	
JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	2	
JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		K-PHOS #2 TABLET	4	
JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		K-PHOS ORIGINAL TABLET	4	
JUNEL FE 24 TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEWABLE TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
KALLIGA 28 DAY TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
KARIVA 28 DAY TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
KELNOR 1-35 28 TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 4MM 33G	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
KRO PEN NEEDLE 5MM 31G	3		LAMOTRIGINE ER 250 MG TABLET	3	
KRO PEN NEEDLE 6MM 31G	3		LAMOTRIGINE ER 300 MG TABLET	3	
KRO PEN NEEDLE 8MM 31G	3		LAMOTRIGINE ODT 25 MG TABLET	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ODT 50 MG TABLET	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		LAMOTRIGINE ODT 100 MG TABLET	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		LAMOTRIGINE ODT 200 MG TABLET	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ODT KIT (BLUE)	2	
KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ODT KIT (GREEN)	2	
KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ODT KIT (ORANGE)	2	
KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-BLUE	2	
KURVELO-28 TABLET	1		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-GREEN	2	
LABETALOL 100 MG TABLET	2		LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-ORANGE	2	
LABETALOL 200 MG TABLET	2		LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL
LABETALOL 300 MG TABLET	2		LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
LABSTIX REAGENT TEST STRIP	3		LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	3	
LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL	LANTHANUM 500 MG CHEWABLE TABLET	4	
LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	QL	LANTHANUM 750 MG CHEWABLE TABLET	4	
LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3	QL	LANTHANUM 1,000 MG CHEWABLE TABLET	4	
LACOSAMIDE 50 MG TABLET	3	QL	LAPATINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
LACOSAMIDE 100 MG TABLET	3	QL	LARIN 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
LACOSAMIDE 150 MG TABLET	3	QL	LARIN 21 1-20 TABLET	1	
LACOSAMIDE 200 MG TABLET	3	QL	LARIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	4		LARIN FE 1-20 TABLET	1	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LARIN FE 1.5-30 TABLET	1	
LACTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
LACTULOSE 20 GM/30 ML ORAL SOLUTION	2		LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	4	
LAMIVUDINE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
LAMIVUDINE 150 MG TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
LAMIVUDINE 300 MG TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
LAMIVUDINE HBV 100 MG TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE 5 MG DISPERSIBLE TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE 25 MG DISPERSIBLE TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	2		LEADER PEN NEEDLE 12MM 29G	3	
LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	2		LEADER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE ER 25 MG TABLET	3		LEADER SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE ER 50 MG TABLET	3		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400MG TABLET	5	PA, QL, SRX
LAMOTRIGINE ER 100 MG TABLET	3		LEENA 28 TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 200 MG TABLET	3		LEFLUNOMIDE 10 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MATZIM LA 420 MG TABLET	2		MEMANTINE 5 MG TABLET	2	
MAXICOMFORT INSULIN 0.5ML 27G 1/2"	3		MEMANTINE 10 MG TABLET	2	
MAXICOMFORT INSULIN 1 ML 27G 1/2"	3		MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PACK	2	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 5MM	3		MENEST 0.3 MG TABLET	4	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 8MM	3		MENEST 0.625 MG TABLET	4	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G 6MM	3		MENEST 1.25 MG TABLET	4	
MAXI-COMFORT INSULIN 0.5 ML 28G	3		MENEST 2.5 MG TABLET	4	
MAXI-COMFORT INSULIN 1 ML 28G 1/2"	3		MENQUADFI VIAL	3	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2		MENVEO 1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP	3	
MECLIZINE 25 MG TABLET	2		MENVEO A-C-Y-W KIT (2 VIALS)	3	
MECLOFENAMATE 50 MG CAPSULE	2		MEPERIDINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	PA
MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	2		MEPERIDINE 50 MG TABLET	3	PA
MEDICATION TRANSFER NEEDLE	3		MEPROBAMATE 200 MG TABLET	3	
MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	3		MEPROBAMATE 400 MG TABLET	3	
MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	3		MERCAPTOPYRINE 50 MG TABLET	2	
MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	3		MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	3		MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA	4	
MEDPOINT CONTROL SOLUTION	3		MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA KIT	4	
MEDROL 2 MG TABLET	4		MESALAMINE 800 MG DR TABLET	4	
MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 0.375 GRAM CAPSULE	3	
MEDROXYPROGESTERONE 5 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 500 MG CAPSULE	4	
MEDROXYPROGESTERONE 10 MG TABLET	1		MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX
MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML	1		METAXALL 800 MG TABLET	4	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 6MM	3		METAXALONE 400 MG TABLET	4	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 9MM	3		METAXALONE 800 MG TABLET	4	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 9MM	3		METFORMIN 500 MG TABLET	1	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	3		METFORMIN 850 MG TABLET	1	
MEFENAMIC ACID 250 MG CAPSULE	3		METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
MEFLOQUINE 250 MG TABLET	2	QL	METFORMIN ER 500 MG TABLET	2	
MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2		METFORMIN ER 750 MG TABLET	2	
MEGESTROL 400 MG/10ML SUSPENSION	2		METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4		METHADONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MEGESTROL 20 MG TABLET	2		METHADONE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MEGESTROL 40 MG TABLET	2		METHADONE 5 MG TABLET	2	PA
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX	METHADONE 10 MG TABLET	2	PA
MEKINIST 0.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	METHADONE INTENSOL 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MEKINIST 2 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	METHAMPHETAMINE 5 MG TABLET	4	QL
MELODETTA 24 FE CHEWABLE TABLET	1		METHAZOLAMIDE 25 MG TABLET	3	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1		METHAZOLAMIDE 50 MG TABLET	3	
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHENAMINE HIPPURATE 1 GM TABLET	2	
MEMANTINE 2 MG/ML ORAL SOLUTION	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2		MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
METYROSINE 250 MG CAPSULE	5	PA, SRX	MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	3	
MEXILETINE 150 MG CAPSULE	2		MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	3	
MEXILETINE 200 MG CAPSULE	2		MINIMED INFUSION SET	3	
MEXILETINE 250 MG CAPSULE	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"6MM	3	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"9MM	3	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"6MM	3	
MICROCHAMBER	3	QL	MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"9MM	3	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3		MINIMED MIO INFUSION SET 18" 6MM	3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	3		MINIMED MIO INFUSION SET 23" 6MM	3	
MICRODOT PEN NEEDLE 31G 6MM	3		MINIMED MIO INFUSION SET 32" 6MM	3	
MICRODOT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		MINIMED MIO INFUSION SET 32" 9MM	3	
MICRODOT PEN NEEDLE 33G 4MM	3		MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	3	
MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	3	
MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	3	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	3	
MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	3	
MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1		MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	3	
MICROLIFE PEAK FLOW METER	3		MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	3	
MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	QL	MINIMED QUICK-SERTER	3	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2		MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	3	
MIDAZOLAM 5 MG/2.5 ML SYRUP	2		MINIMED RESERVOIR 3 ML	3	
MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	2		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	3	
MIDODRINE 2.5 MG TABLET	2		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3	
MIDODRINE 5 MG TABLET	2		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	3	
MIDODRINE 10 MG TABLET	2		MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	3	
MIFEPREX 200 MG TABLET	4		MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	3	
MIFEPRISTONE 200 MG TABLET	2		MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	3	
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	4		MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	3	
MIGLITOL 25 MG TABLET	2		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	3	
MIGLITOL 50 MG TABLET	2		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	3	
MIGLITOL 100 MG TABLET	2		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	3	
MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	5	PA, SRX	MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	3	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1		MINITRAN 0.1 MG/HR PATCH	2	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	2		MINITRAN 0.2 MG/HR PATCH	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	3		MINITRAN 0.4 MG/HR PATCH	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	3		MINITRAN 0.6 MG/HR PATCH	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	1		MONOJECT 0.5 ML SYRINGE 28G 1/2"	3	
MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	1		MONOJECT 1 ML SYRINGE 27 1/2"	3	
MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	1		MONOJECT 1 ML SYRINGE 28G 1/2"	3	
MINOCYCLINE 50 MG TABLET	1		MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1"	3	
MINOCYCLINE 75 MG TABLET	1		MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	3	
MINOCYCLINE 100 MG TABLET	1		MONOJECT 3 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	3	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2		MONOJECT 3 ML SYRINGE 23G 1"	3	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2		MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1"	3	
MIRABEGRON ER 25 MG TABLET	4	QL	MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1.25"	3	
MIRABEGRON ER 50 MG TABLET	4	QL	MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 5/8"	3	
MIRTAZAPINE 15 MG ODT TABLET	2		MONOJECT 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	3	
MIRTAZAPINE 30 MG ODT TABLET	2		MONOJECT 6 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	3	
MIRTAZAPINE 45 MG ODT TABLET	2		MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1"	3	
MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	2		MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	3	
MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	2		MONOJECT 6 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	3	
MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	2		MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	3	
MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	2		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	3	
MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	2		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	3	
MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	2		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	3	
M-M-R II VACCINE VIAL	3		MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	3	
M-NATAL PLUS TABLET	1		MONOJECT FILTER 18G 1.5" NEEDLE	3	
MODAFINIL 100 MG TABLET	4	PA	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	3	
MODAFINIL 200 MG TABLET	4	PA	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18 1A"	3	
MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1"	3	
MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1-1/2"	3	
MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1"	3	
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1-1/2"	3	
MODERNA COVID 23-24 (6M-11Y) EUA	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1"	3	
MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1-1/2"	3	
MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	3		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1"	3	
MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1.5"	3	
MOEXIPRIL 15 MG TABLET	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23 1"	3	
MOLINDONE 5 MG TABLET	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1"	3	
MOLINDONE 10 MG TABLET	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1.5"	3	
MOLINDONE 25 MG TABLET	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 5/8"	3	
MOMETASONE 0.1% CREAM	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26 1.5"	3	
MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2	QL	MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27 0.5"	3	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1-1/2"	3	
MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2		MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30 3/4"	3	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2		MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1		MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1-1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
MONO-LINYAH 28 TABLET	1	
MONTELUKAST 4 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONTELUKAST 5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONTELUKAST 4 MG GRANULE	2	
MONTELUKAST 10 MG TABLET	2	
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 15 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 30 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 60 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 100 MG TABLET	2	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MORPHINE ER 200 MG TABLET	2	PA
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	PA
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	PA
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	2	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
MS PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 5 TEST STRIP	3	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	
MUPIROCIN 2% CREAM	2	
MUPIROCIN 2% OINTMENT	2	
MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1	
MY WAY 1.5 MG TABLET	1	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NATAZIA 28 TABLET	4	
MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	2		NATEGLINIDE 60 MG TABLET	2	
MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	2		NATEGLINIDE 120 MG TABLET	2	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	3		NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	5	PA, QL, SRX
MYLERAN 2 MG TABLET	4		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MYNATAL CAPSULE	1		NECON 0.5-35-28 TABLET	1	
MYNATAL PLUS CAPTAB	1		NEFAZODONE 50 MG TABLET	2	
MYNATAL ULTRACAPLET	1		NEFAZODONE 100 MG TABLET	2	
MYNATAL-Z CAPTAB	1		NEFAZODONE 150 MG TABLET	2	
MYORISAN 10 MG CAPSULE	4		NEFAZODONE 200 MG TABLET	2	
MYORISAN 20 MG CAPSULE	4		NEFAZODONE 250 MG TABLET	2	
MYORISAN 30 MG CAPSULE	4		NEOMYCIN 500 MG TABLET	2	
MYORISAN 40 MG CAPSULE	4		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	4	QL, ST	NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	2	
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	4	QL, ST	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	2	
MYTESI 125 MG DR TABLET	4	LDD	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	2	
NABUMETONE 500 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2	
NABUMETONE 750 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	2	
NADOLOL 20 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	2	
NADOLOL 40 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	2	
NADOLOL 80 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	2	
NAFTIFINE 1% CREAM	3		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	2	
NAFTIFINE 2% CREAM	3		NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	2	
NAFTIFINE 2% GEL	3		NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	2	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2		NEUAC GEL	2	
NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	1		NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	2		NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	5	PA, SRX
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2		NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	4	
NALTREXONE 50 MG TABLET	1		NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1		NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 275 MG TABLET	2		NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NEVANAC 0.1% EYE DROPS	4	
NAPROXEN 550 MG TABLET	2		NEVIRAPINE 50 MG/5 ML SUSPENSION	2	
NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2		NEVIRAPINE 200 MG TABLET	2	
NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2		NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	2	
NARATRIPTAN 1 MG TABLET	2	QL	NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	2	
NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL	NEW DAY 1.5 MG TABLET	1	
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	3				
NATACYN 5% EYE DROPS	4				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NEWGEN TABLET	1	
NIACIN ER 500 MG TABLET	2	
NIACIN ER 750 MG TABLET	2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	2	
NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	3	
NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	3	
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	3	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	3	
NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	2	
NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	2	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
NILUTAMIDE 150 MG TABLET	5	SRX
NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	4	
NINLARO 2.3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NINLARO 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NINLARO 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	2	QL
NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	4	PA
NITRO-BID 2% OINTMENT	2	
NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4	
NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	2	
NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1	
NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	4	
NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	2	
NITROGLYCERIN 0.2 MG/HR PATCH	2	
NITROGLYCERIN 0.4 MG/HR PATCH	2	
NITROGLYCERIN 0.6 MG/HR PATCH	2	
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2	
NITROGLYCERIN 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
NITROGLYCERIN 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NITROGLYCERIN 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
NITRO-TIME ER 2.5 MG CAPSULE	2	
NITRO-TIME ER 6.5 MG CAPSULE	2	
NITRO-TIME ER 9 MG CAPSULE	2	
NIVA THYROID 15 MG TABLET	2	
NIVA THYROID 30 MG TABLET	2	
NIVA THYROID 60 MG TABLET	2	
NIVA THYROID 90 MG TABLET	2	
NIVA THYROID 120 MG TABLET	2	
NIVA-PLUS TABLET	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX
NIVESTYM 300 MCG/ML VIAL	5	SRX
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML VIAL	5	SRX
NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	2	
NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	2	
NOLIX 0.05% CREAM	4	
NOLIX 0.05% LOTION	4	
NORA-BE TABLET	1	
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1	
NORETHINDRONE 5 MG TABLET	2	
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.4-0.035(21)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 TABLET	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG TABLET	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CAPSULE	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(21)-75 TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1.5-0.03 MG(21)-75 TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.025 TABLET	1	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.035 TABLET	1	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.25-0.035 MG TABLET	1	
NORLYDA 0.35 MG TABLET	1	
NORPACE CR 100 MG CAPSULE	4	
NORPACE CR 150 MG CAPSULE	4	
NORTREL 0.5-35-28 TABLET	1	
NORTREL 1-35 21 TABLET	1	
NORTREL 1-35 28 TABLET	1	
NORTREL 7-7-7-28 TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3	
NOVAVAX COVID VIAL (EUA)	3	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJ(EUA)	3	
NOVOFINE 32G NEEDLE	3	
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3	
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 1/6"	3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN	4	QL, ST
NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	4	QL, ST
NOVOPEN ECHO INSULIN DEVICE	3	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NP THYROID 15 MG TABLET	2	
NP THYROID 30 MG TABLET	2	
NP THYROID 60 MG TABLET	2	
NP THYROID 90 MG TABLET	2	
NP THYROID 120 MG TABLET	2	
NUCYNTA 50 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA 75 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA 100 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 50 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 100 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 150 MG TABLET	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NUCYNTA ER 200 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 250 MG TABLET	4	PA
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	4	PA, QL
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYLIA 1-35 28 TABLET	1	
NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/ML SUSPENSION	2	
NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML SUSPENSION	2	
NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINTMENT	2	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML AMPULE	3	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	3	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	3	PA
OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	3	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	3	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	3	PA
OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 200 MCG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 1,000 MCG/ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA
OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL
ODEFSEY TABLET	4	QL
ODOMZO 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
OFEV 100 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
OFEV 150 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	2	
OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2	
OFLOXACIN 300 MG TABLET	2	
OFLOXACIN 400 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2		OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	3	QL
OLANZAPINE 5 MG TABLET	2		OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) 5 PACK	3	QL
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	QL
OLANZAPINE 10 MG TABLET	2		OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL
OLANZAPINE 15 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 20 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 5 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 10 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 15 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 20 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	2		OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	2		ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	2		ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	2		ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
OLMESARTAN 5 MG TABLET	2		ONDANSETRON 4 MG TABLET	2	
OLMESARTAN 20 MG TABLET	2		ONDANSETRON 8 MG TABLET	2	
OLMESARTAN 40 MG TABLET	2		ONDANSETRON ODT 4 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	2		ONDANSETRON ODT 8 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	2		ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	3	QL
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCET	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCET	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA SAFETY 30G LANCETS	3	
OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2		ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT	1	
OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2		ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3	
OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	2		ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3	
OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2		ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3	
OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2		ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION	3	
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2		ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	3	
OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2		ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL	ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3	
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	ONETOUCH ULTRASOFT2 30G LANCETS	3	
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL	ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION	3	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL	ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL	ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	3	QL	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3	
			OPICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
			OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL
			OPIUM TINCTURE 10 MG/ML	3	PA

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	3	QL
OPTION 2 1.5 MG TABLET	1	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	3	
ORACIT ORAL SOLUTION	4	
ORAL CITRATE SOLUTION	4	
ORALONE 0.1% DENTAL PASTE	2	
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	5	PA, QL, SRX
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2	
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2	
OSCIMIN SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
OSCIMIN SR 0.375 MG TABLET	2	
OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 6 MG/ML SUSPENSION	2	QL
OSMOPREP TABLET	4	
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	5	PA, QL, SRX
OTEZLA 30 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
OVAL TAPE	3	
OXANDROLONE 2.5 MG TABLET	4	PA
OXANDROLONE 10 MG TABLET	4	PA
OXAPROZIN 600 MG CAPLET	2	
OXAPROZIN 600 MG TABLET	2	
OXAZEPAM 10 MG CAPSULE	2	
OXAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
OXAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML SUSPENSION	2	
OXCARBAZEPINE 150 MG TABLET	2	
OXCARBAZEPINE 300 MG TABLET	2	
OXCARBAZEPINE 600 MG TABLET	2	
OXICONAZOLE 1% CREAM	3	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN ER 5 MG TABLET	2	
OXYBUTYNIN ER 10 MG TABLET	2	
OXYBUTYNIN ER 15 MG TABLET	2	
OXYCODONE (IR) 5 MG CAPSULE	2	PA
OXYCODONE (IR) 5 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 10 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 15 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 20 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 30 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
OXYCODONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE 5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE 10 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	3	PA
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN	3	PA, QL
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	3	PA, QL
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA, QL
PACERONE 200 MG TABLET	2	
PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	4	
PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	3	
PANDA MASK LARGE	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PANDA MASK MEDIUM	3	QL	PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PANDA MASK SMALL	3	QL	PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PANRETIN 0.1% GEL	5	SRX	PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL	PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PARADIGM REMOTE CONTROL	3		PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	3		PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML	3		PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2		PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2		PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2		PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
PAROEX 0.12% ORAL RINSE	2		PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
PAROMOMYCIN 250 MG CAPSULE	3		PEN NEEDLE 5MM 31G	3	
PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL	PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL	PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL	PENBRAYA KIT	3	
PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL	PENCICLOVIR 1% CREAM	4	PA, QL
PASER GRANULES 4 GM PACKET	4		PENICILLAMINE 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	4	QL	PENICILLIN VK 125 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	4	QL	PENICILLIN VK 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PAZOPANIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	PENICILLIN VK 250 MG TABLET	2	
PC UNIFINE PENTIP 6MM NEEDLE	3		PENICILLIN VK 500 MG TABLET	2	
PC UNIFINE PENTIP 8MM NEEDLE	3		PENTACEL VIAL KIT	3	
PC UNIFINE PENTIP 12MM NEEDLE	3		PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3	
PEAK-AIR PEAK FLOW METER	3		PENTAZOCINE-NALOXONE TABLET	2	PA
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	3		PENTIP PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	3	QL	PENTIP PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
PEDIATRIC PANDA MASK	3	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PEDIATRIC SMALL MASK	3	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PEDIATRIC MOUTHPIECE	3	QL	PENTIP PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	3		PENTIP PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	2		PENTIP PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	2		PENTIP PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	2		PENTIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX	PENTIP PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX	PENTIP PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
PEG-PREP KIT	2		PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 29G 12MM	3		PERINDOPRIL 2 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM	3		PERINDOPRIL 4 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM	3		PERINDOPRIL 8 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 30G 5/16"	3		PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PERMETHRIN 5% CREAM	2	
PERPHENAZINE 2 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 4 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 8 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 16 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	2	
PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	3	
PFIZER COVID (6M-4Y)VAC-MAROON	3	
PFIZER COVID (5-11Y) VAC-ORANGE	3	
PFIZER COVID (12Y UP) VAC-GRAY	3	
PFIZER COVID (6M-4Y)EUA	3	
PFIZER COVID (5-11Y)EUA	3	
PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y)EUA	3	
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR)EUA	3	
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP)EUA	3	
PFIZER COVID-19 VACCINE-PURPLE	3	
PHASEAL PROTECTOR 14	3	
PHASEAL PROTECTOR 21	3	
PHASEAL PROTECTOR 28	3	
PHASEAL PROTECTOR 50	3	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	2	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	2	
PHENELZINE 15 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	2	
PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	5	SRX
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	2	
PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	2	
PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	2	
PHENYTOIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	2	
PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1	
PHOSLYRA 667 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
PHOSPHASAL TABLET	2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% EYE DROPS	4	LDD
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	4	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4	
PIKO 1 FLOW METER	3	
PILOCARPINE 1% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 2% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 4% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 5 MG TABLET	2	
PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	2	
PIMECROLIMUS 1% CREAM	4	
PIMOZIDE 1 MG TABLET	2	
PIMOZIDE 2 MG TABLET	2	
PIMTREA 28 DAY TABLET	1	
PINDOLOL 5 MG TABLET	2	
PINDOLOL 10 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	2	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2	3	
PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	5	PA, SRX
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	5	PA, SRX
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	5	PA, SRX
PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1	
PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1	
PIROXICAM 10 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PIROXICAM 20 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	4		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PNEUMOVAX 23 SYRINGE	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PNEUMOVAX 23 VIAL	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PNV 29-1 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	2	
PNV-DHA + DOCUSATE SOFTGEL	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
PNV-DHA SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	2	
PNV-OMEGA SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	2	
PNV-SELECT TABLET	1		POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	2	
POCKET CHAMBER	3	QL	POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
POCKET PEAK FLOW METER	3		PR NATAL 400 COMBO PACK	1	
PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	2		PR NATAL 430 COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 18G 1"	3		PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 18G 1-1/2"	3		PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 21G 1"	3		PRADAXA 110 MG CAPSULE	4	PA, QL
POLY HUB NEEDLE 21G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 22G 1"	3		PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 22G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 23G 1"	3		PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 23G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 25G 1"	3		PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 25G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	3		PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	3		PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 27G 1-1/4"	3		PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	3		PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	3	
POLYCIN EYE OINTMENT	2		PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	3	
POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	2		PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	3	
POMALYST 1 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 1% LOTION	4	
POMALYST 2 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	4	
POMALYST 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	4	
POMALYST 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	4	
PORTIA-28 TABLET	1		PRASUGREL 5 MG TABLET	2	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSPENSION	4		PRASUGREL 10 MG TABLET	2	
POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	4	QL	PRAVASTATIN 10 MG TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2		PRAVASTATIN 20 MG TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	2		PRAVASTATIN 40 MG TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2		PRAVASTATIN 80 MG TABLET	2	
			PRAZQUANTEL 600 MG TABLET	4	
			PRAZOSIN 1 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRAZOSIN 2 MG CAPSULE	2		PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	3	
PRAZOSIN 5 MG CAPSULE	2		PREMARIN 0.3 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% CREAM	2		PREMARIN 0.45 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	2		PREMARIN 0.625 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PREMARIN 0.9 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2		PREMARIN 1.25 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE ODT 10 MG TABLET	3		PRENA1 TRUE COMBO PACK	1	
PREDNISOLONE ODT 15 MG TABLET	3		PRENAISSANCE CAPSULE	1	
PREDNISOLONE ODT 30 MG TABLET	3		PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL 19 TABLET	1	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	3		PRENATAL PLUS IRON TABLET	1	
PREDNISON 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1	
PREDNISON 1 MG TABLET	2		PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1	
PREDNISON 2.5 MG TABLET	2		PRENATAL-U CAPSULE	1	
PREDNISON 5 MG TABLET	2		PREPLUS CA-Fe 27 MG-FA 1 MG TABLET	1	
PREDNISON 10 MG TABLET	2		PRETAB 29 MG-1 MG TABLET	1	
PREDNISON 20 MG TABLET	2		PREVALITE PACKET	2	
PREDNISON 50 MG TABLET	2		PREVALITE POWDER	2	
PREDNISON 5 MG TABLET DOSE PACK	2		PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PREDNISON 10 MG TABLET DOSE PACK	2		PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		PREVIFEM TABLET	1	
PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		PREVNAR 20 SYRINGE	3	
PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		PREVMIS 240 MG TABLET	4	PA, QL
PREFERRED PLUS 0.3 ML 30G 5/16"	3		PREVMIS 480 MG TABLET	4	PA, QL
PREFERRED PLUS 0.5 ML 29G 1/2"	3		PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	3		PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	3		PREZISTA 75 MG TABLET	3	
PREFEST TABLET	2		PREZISTA 150 MG TABLET	3	
PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		PRIFTIN 150 MG TABLET	4	
PREGABALIN 25 MG CAPSULE	2	QL	PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	2	
PREGABALIN 50 MG CAPSULE	2	QL	PRIMEAIRE CHAMBER	3	QL
PREGABALIN 75 MG CAPSULE	2	QL	PRIMIDONE 50 MG TABLET	2	
PREGABALIN 100 MG CAPSULE	2	QL	PRIMIDONE 250 MG TABLET	2	
PREGABALIN 150 MG CAPSULE	2	QL	PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
PREGABALIN 200 MG CAPSULE	2	QL	PRIORIX VIAL	3	
PREGABALIN 225 MG CAPSULE	2	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	3	
PREGABALIN 300 MG CAPSULE	2	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"	3	
PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL	PRO COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3	
			PRO COMFORT 1 ML 30G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRO COMFORT 1 ML 30G 5/16"	3	
PRO COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 5MM 32G	3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	QL
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	3	QL
PROBENECID 500 MG TABLET	2	
PROBENECID-COLCHICINE TABLET	2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	QL
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	QL
PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	3	QL
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	2	
PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	2	
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	2	
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	2	
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION LOW	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1ML 28G 1/2"	3	
PRODIGY SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3	
PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	
PROMACTA 12.5 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, LDD, SRX
PROMACTA 25 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, LDD, SRX
PROMACTA 12.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PROMACTA 25 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PROMACTA 50 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PROMACTA 75 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE VC SYRUP	2	
PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	2	QL
PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	2	
PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	3	
PROPAFENONE 150 MG TABLET	2	
PROPAFENONE 225 MG TABLET	2	
PROPAFENONE 300 MG TABLET	2	
PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	2	
PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	2	
PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	2	
PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	2	
PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	2	
PROQUAD VIAL	3	
PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	2	
PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PUB PEN 8MM 31G NEEDLE	3		QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	2	
PUB PEN 12MM 29G NEEDLE	3		QUINAPRIL 5 MG TABLET	1	
PUB PEN NEEDLE 6MM 31G	3		QUINAPRIL 10 MG TABLET	1	
PUB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16	3		QUINAPRIL 20 MG TABLET	1	
PULMOSAL 7% VIAL	2		QUINAPRIL 40 MG TABLET	1	
PULMOZYME 1 MG/ML AMPULE	5	PA, SRX	QUINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		QUINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3		QUINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3		QUINIDINE GLUCONATE ER 324 MG TABLET	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 8MM	3		QUINIDINE SULFATE 200 MG TABLET	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3		QUINIDINE SULFATE 300 MG TABLET	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3		QUININE SULFATE 324 MG CAPSULE	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3		QUTENZA 8% KIT (1 PATCH)	4	
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL	QUTENZA 8% KIT (2 PATCH)	4	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER ADULT	3		QUTENZA 8% KIT (4 PATCH)	4	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER CHILD	3		QVAR REDHALER 40 MCG	3	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX	QVAR REDHALER 80 MCG	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	3		RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	3		RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	3		RA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	3		RA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 33G 4MM	3		RA PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PYRAZINAMIDE 500 MG TABLET	2		RA PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX	RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4		RALOXIFENE 60 MG TABLET	2	
PYRIDOSTIGMINE ER 180 MG TABLET	4		RAMELTEON 8 MG TABLET	3	QL
PYRIMETHAMINE 25 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2	
QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1	
QC UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3		RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	3		RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1	
QUAZEPAM 15 MG TABLET	4	PA	RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	4	QL
QUETIAPINE 25 MG TABLET	2		RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	4	QL
QUETIAPINE 50 MG TABLET	2		RASAGILINE 0.5 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 100 MG TABLET	2		RASAGILINE 1 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 200 MG TABLET	2		RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
QUETIAPINE 300 MG TABLET	2		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
QUETIAPINE 400 MG TABLET	2		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	2		RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	2		RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1	
QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	2		RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	2		RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	3	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	3	
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	3	
RECTIV 0.4% OINTMENT	4	
REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	3	
REGRANEX 0.01% GEL	4	PA, QL
RELENZA 5 MG DISKHALER	4	QL
RELI ON 31G 1/4" NEEDLE	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
RELION KETONE TEST STRIP	3	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	4	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
RELION PEN NEEDLE 29G	3	
RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
RELION PEN NEEDLE 31G	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	4	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	4	PA
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	4	
REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	2	
REPAGLINIDE 1 MG TABLET	2	
REPAGLINIDE 2 MG TABLET	2	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	5	PA, SRX
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	5	PA, SRX
RESPA A.R. TABLET SA	4	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REXTOVY 4 MG NASAL SPRAY	3	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	
REZDIFFRA 60 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
REZDIFFRA 80 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
REZDIFFRA 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	4	
RIBAVIRIN 200 MG TABLET	4	
RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	3	
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH	3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
RILUZOLE 50 MG TABLET	5	SRX
RIMANTADINE 100 MG TABLET	2	
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL, SRX
RINVOQ ER 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RISEDRONATE 5 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 30 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 35 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 150 MG TABLET	3	
RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	3	
RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1		ROWEEPRA 500 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1		ROWEEPRA 750 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 4 MG TABLET	1		ROWEEPRA 1,000 MG TABLET	2	
RITEFLO SPACER	3	QL	RUFINAMIDE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA, QL
RITONAVIR 100 MG TABLET	2		RUFINAMIDE 200 MG TABLET	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	2		RUFINAMIDE 400 MG TABLET	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 3 MG TABLET	5	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 7 MG TABLET	5	PA, QL
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 14 MG TABLET	5	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR PATCH	2		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR PATCH	2		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR PATCH	2		SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
RIVELSA TABLET	1		SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
RIZATRIPTAN 5 MG ODT TABLET	2	QL	SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
RIZATRIPTAN 10 MG ODT TABLET	2	QL	SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
RIZATRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL	SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
RIZATRIPTAN 10 MG TABLET	2	QL	SALSALATE 500 MG TABLET	2	
R-NATAL OB SOFTGEL	1		SALSALATE 750 MG TABLET	2	
ROFLUMILAST 250 MCG TABLET	4	QL	SANTYL OINTMENT	4	PA, QL
ROFLUMILAST 500 MCG TABLET	4	QL	SAPROTERIN 100 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX
ROPINIROLE 0.25 MG TABLET	2		SAPROTERIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX
ROPINIROLE 0.5 MG TABLET	2		SAPROTERIN 100 MG TABLET	5	PA, SRX
ROPINIROLE 1 MG TABLET	2		SAVAYSA 15 MG TABLET	4	PA, QL
ROPINIROLE 2 MG TABLET	2		SAVAYSA 30 MG TABLET	4	PA, QL
ROPINIROLE 3 MG TABLET	2		SAVAYSA 60 MG TABLET	4	PA, QL
ROPINIROLE 4 MG TABLET	2		SAVELLA 12.5 MG TABLET	4	
ROPINIROLE 5 MG TABLET	2		SAVELLA 25 MG TABLET	4	
ROPINIROLE ER 2 MG TABLET	2		SAVELLA 50 MG TABLET	4	
ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	2		SAVELLA 100 MG TABLET	4	
ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	2		SAVELLA TITRATION PACK	4	
ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	2		SAXAGLIPTIN 2.5 MG TABLET	2	QL
ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	2		SAXAGLIPTIN 5 MG TABLET	2	QL
ROSADAN 0.75% CREAM	2		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 2.5-1000 TABLET	2	QL
ROSADAN 0.75% GEL	2		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-500 TABLET	2	QL
ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	2		SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-1000 TABLET	2	QL
ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	2		SCOPOLAMINE 1 MG/3 DAY PATCH	2	
ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	2		SECONAL 100 MG CAPSULE	4	
ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	2		SECURESAFE PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	3		SECURESAFE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ROTARIX VACCINE SUSPENSION	3		SECURESAFE SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ROTATEQ VACCINE	3		SELEGILINE 5 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SELEGILINE 5 MG TABLET	2		SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	2		SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	2		SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE TABLET	1		SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL
SE-NATAL-19 TABLET	1		SIROLIMUS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
SEREVENT DISKUS 50 MCG	4	QL, ST	SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2	
SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL	SIROLIMUS 1 MG TABLET	2	
SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL	SIROLIMUS 2 MG TABLET	2	
SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL	SIRTURO 20 MG TABLET	4	PA
SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL	SIRTURO 100 MG TABLET	4	PA
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
SEVELAMER CARBONATE 800 MG TABLET	4		SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
SF 1.1% GEL	2		SKYRIZI 150 MG/ML PEN	5	PA, QL, SRX
SF 5000 PLUS TOOTHPASTE	2		SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	1		SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	5	PA, QL, SRX
SHINGRIX VIAL KIT	3	QL	SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	5	PA, QL, SRX
SHOPKO UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3		SLYND 4 MG TABLET	4	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 5MM 31G	3		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 8MM 31G	3		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 12MM 29G	3		SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	3	QL	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
SIGNIFOR 0.6 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
SIGNIFOR 0.9 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX	SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SILDENAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3		SM INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
SILICONE MASK-INFANT	3	QL	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
SILICONE MASK-PEDIATRIC	3	QL	SM INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
SILODOSIN 4 MG CAPSULE	2	QL	SMARTEST CONTROL SOLUTION	3	
SILODOSIN 8 MG CAPSULE	2	QL	SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2	
SIL-SERTER INFUSION SET	3		SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2	
SILVER NITRATE 0.5% TOPICAL SOLUTION	2		SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2	
SILVER NITRATE 10% TOPICAL SOLUTION	2		SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2	
SILVER NITRATE 25% TOPICAL SOLUTION	2		SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2	
SILVER NITRATE 50% TOPICAL SOLUTION	2		SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2	
SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	2		SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2	
SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	3		SODIUM FLUORIDE 0.2% RINSE	2	
SIMLANDI(CF) AI 40 MG/0.4 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX	SODIUM FLUORIDE 1.1% TOOTHPASTE	2	
SIMLIYA 28 DAY TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH TOOTHPASTE	2	
SIMPESSE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		SODIUM FLUORIDE 5000 PPM TOOTHPASTE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT 5000 PPM TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE 5000 PPM TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE PASTE	2		SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	2	
SODIUM PHENYLBUTYRATE POWDER	5	SRX	SPRINTEC 28 DAY TABLET	1	
SODIUM PHENYLBUTYRATE 500MG TABLET	5	SRX	SPRYCEL 20 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM POLYSTYRENE SULFATE POWDER	2		SPRYCEL 50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 15 G/60 ML SUSPENSION	2		SPRYCEL 70 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2		SPRYCEL 80 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM SULFATE-POTASSIUM SULFATE-MAGNESIUM SULFATE ORAL SOLUTION	4		SPRYCEL 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 TABLET	5	PA, QL, SRX	SPRYCEL 140 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SOLIFENACIN 5 MG TABLET	3	QL	SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	2	
SOLIFENACIN 10 MG TABLET	3	QL	SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	2	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION HIGH	3		SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION LOW	3		SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
SOMAVERT 10 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STAVUDINE 40 MG CAPSULE	2	
SOMAVERT 15 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 20 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 25 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 30 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SORAFENIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	STIVARGA 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
SOTALOL 80 MG TABLET	2		STRIBILD TABLET	4	QL
SOTALOL 120 MG TABLET	2		STRIVE PEAK FLOW METER	3	
SOTALOL 160 MG TABLET	2		STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	3	QL
SOTALOL 240 MG TABLET	2		SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	3	
SOTALOL AF 80 MG TABLET	2		SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	3	
SOTALOL AF 120 MG TABLET	2		SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	3	
SOTALOL AF 160 MG TABLET	2		SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	3	
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA	SUBVENITE 25 MG TABLET	2	
SOTYKTU 6 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	SUBVENITE 100 MG TABLET	2	
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	4	PA, QL	SUBVENITE 150 MG TABLET	2	
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	4	PA, QL	SUBVENITE 200 MG TABLET	2	
SOVALDI 200 MG TABLET	4	PA, QL	SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	2	
SOVALDI 400 MG TABLET	4	PA, QL	SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	2	
SPIKEVAX (12Y UP) SYRINGE	3		SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	2	
SPIKEVAX (12Y UP) VIAL	3		SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	5	LDD, SRX
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE	3		SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	5	LDD, SRX
SPINOSAD 0.9% TOPICAL SUSPENSION	3		SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SPIRONOLACTONE 25 MG TABLET	2		SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	2	
			SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	2	
			SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	2	
			SULFADIAZINE 500 MG TABLET	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SUSPENSION	2		SURE-JECT INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	4		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	3	
SULFASALAZINE 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	2		SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION	3	
SULINDAC 150 MG TABLET	2		SYEDA 28 TABLET	1	
SULINDAC 200 MG TABLET	2		SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	2	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	2	QL	SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL	SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	2	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL	SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	4	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML INJECTOR	2	QL	SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	4	QL
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	3	QL	SYMITUZA 800-150-200-10 MG TABLET	4	QL
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	3	QL	SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	5	PA, SRX
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	2	QL	SYNERA PATCH	4	
SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	2	QL	SYNJARDY 5-500 MG TABLET	3	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	2	QL	SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	3	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	2	QL	SYNJARDY 12.5-500 MG TABLET	3	QL
SUNITINIB 12.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	SYNJARDY 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL
SUNITINIB 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	3	QL
SUNITINIB 37.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	3	QL
SUNITINIB 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL
SURE COMFORT 0.3 ML SYRINGE	3		SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	3	QL
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE	3		SYNTHROID 25 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE	3		SYNTHROID 50 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE	3		SYNTHROID 75 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE	3		SYNTHROID 88 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT INSULIN 0.3ML 31G 1/4"	3		SYNTHROID 100 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT INSULIN 0.5ML 31G 1/4"	3		SYNTHROID 112 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT INSULIN 1 ML 31G 1/4"	3		SYNTHROID 125 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		SYNTHROID 137 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3		SYNTHROID 150 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3		SYNTHROID 175 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		SYNTHROID 200 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3		SYNTHROID 300 MCG TABLET	4	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3		T:30 INFUSION SET 23" 13MM	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3		T:30 INFUSION SET 43" 13MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	3		T:90 INFUSION SET 23" 6MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	3		T:90 INFUSION SET 23" 9MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	3		T:90 INFUSION SET 43" 9MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
T:FLEX 4.8 ML CARTRIDGE	3		TDVAX VIAL	3	
T:SLIM 3 ML CARTRIDGE	3		TECHLITE 0.3 ML 29G 12MM (1/2)	3	
T:SLIM G4 3 ML CARTRIDGE	3		TECHLITE 0.3 ML 30G 8MM (1/2)	3	
T:SLIM X2 3 ML CARTRIDGE	3		TECHLITE 0.3 ML 30G 12MM (1/2)	3	
TABLOID 40 MG TABLET	4	PA	TECHLITE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	3	
TAMSULOSIN 0.4 MG CAPSULE	2		TECHLITE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	3	
TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULE (IR)	2		TECHLITE 0.5 ML 29G 12MM (1/2)	3	
TACROLIMUS 1 MG CAPSULE (IR)	2		TECHLITE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	3	
TACROLIMUS 5 MG CAPSULE (IR)	2		TECHLITE 0.5 ML 30G 12MM (1/2)	3	
TACROLIMUS 0.1% OINTMENT	2		TECHLITE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	3	
TACROLIMUS 0.03% OINTMENT	2		TECHLITE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	3	
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	3	
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12MM	3	
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
TAFLUPROST 0.0015% EYE DROPS	4	QL	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 3/8"	3	
TAGRISSO 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
TAGRISSO 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
TAMOXIFEN 10 MG TABLET	2		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
TAMOXIFEN 20 MG TABLET	2		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/16"	3	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
TARINA FE 1-20 TABLET	1		TELCARE CONTROL SOLUTION	3	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	1		TELMISARTAN 20 MG TABLET	2	
TARON-C DHA CAPSULE	1		TELMISARTAN 40 MG TABLET	2	
TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1		TELMISARTAN 80 MG TABLET	2	
TASIGNA 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG TABLET	2	
TASIGNA 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-10 MG TABLET	2	
TASIGNA 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-5 MG TABLET	2	
TAYSOFY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-10 MG TABLET	2	
TAZAROTENE 0.1% CREAM	3		TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2	
TAZAROTENE 0.05% GEL	4		TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2	
TAZAROTENE 0.1% GEL	4		TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TABLET	2	
TAZORAC 0.05% CREAM	4		TEMAZEPAM 7.5 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	2		TEMAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	2		TEMAZEPAM 22.5 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	2		TEMAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	2		TEMOZOLOMIDE 5 MG CAPSULE	5	PA, SRX
TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	2		TEMOZOLOMIDE 20 MG CAPSULE	5	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TEMOZOLOMIDE 100 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 30 1/2"	3	
TEMOZOLOMIDE 140 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SYRINGE 3 ML	3	
TEMOZOLOMIDE 180 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	3	QL
TEMOZOLOMIDE 250 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	3	QL
TENCON 50-325 MG TABLET	2		TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	3	QL
TENIVAC SYRINGE	3		TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	3	QL
TENIVAC VIAL	3		TESTOSTERONE 1% (25 MG/2.5 G) PACKET	3	QL
TENOFOVIR 300 MG TABLET	2		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	3	QL
TERAZOSIN 1 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	3	QL
TERAZOSIN 2 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	3	QL
TERAZOSIN 5 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	3	QL
TERAZOSIN 10 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML VIAL	2	
TERBINAFINE 250 MG TABLET	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML VIAL	2	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML VIAL	2	
TERBUTALINE 5 MG TABLET	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/10 ML VIAL	2	
TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 2,000 MG/10 ML VIAL	2	
TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30 ML VIAL	2	
TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2		TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML VIAL	2	
TERIFLUNOMIDE 7 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML VIAL	2	
TERIFLUNOMIDE 14 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TETRABENAZINE 12.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		TETRABENAZINE 25 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/3 ML	3		TETRACAIN 0.5% EYE DROPS	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/2 ML	3		TETRACAIN 0.5% STERI-UNIT EYE SOLUTION	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	3		TETRACYCLINE 250 MG CAPSULE	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18G 1"	3		TETRACYCLINE 500 MG CAPSULE	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18 1.5"	3		TEXACORT 2.5% TOPICAL SOLUTION	4	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19G 1"	3		THALOMID 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19 1.5"	3		THALOMID 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20G 1"	3		THALOMID 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20 1.5"	3		THALOMID 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1"	3		THEOPHYLLINE 80 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1-1.5"	3		THEOPHYLLINE ER 100 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22G 1"	3		THEOPHYLLINE ER 200 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22 1-1/2"	3		THEOPHYLLINE ER 300 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1"	3		THEOPHYLLINE ER 400 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23 1-1/2"	3		THEOPHYLLINE ER 450 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1"	3		THEOPHYLLINE ER 600 MG TABLET	2	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 1.5"	3		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.3 ML	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 5/8"	3		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.5 ML	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 26 1/2"	3		THINPRO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	3	
TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 27 1/2"	3		THIORIDAZINE 10 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
THIORIDAZINE 25 MG TABLET	2		TIZANIDINE 4 MG TABLET	2	
THIORIDAZINE 50 MG TABLET	2		TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2	
THIORIDAZINE 100 MG TABLET	2		TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	5	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 1 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	5	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 2 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2	
THIOTHIXENE 5 MG CAPSULE	2		TODAY'S HEALTH PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
THIOTHIXENE 10 MG CAPSULE	2		TOLCAPONE 100 MG TABLET	5	SRX
THRIVITE 19 TABLET	1		TOLMETIN 400 MG CAPSULE	2	
THYROID 15 MG TABLET	2		TOLMETIN 200 MG TABLET	2	
THYROID 30 MG TABLET	2		TOLMETIN 600 MG TABLET	2	
THYROID 60 MG TABLET	2		TOLTERODINE 1 MG TABLET	2	
THYROID 90 MG TABLET	2		TOLTERODINE 2 MG TABLET	2	
THYROID 120 MG TABLET	2		TOLTERODINE ER 2 MG CAPSULE	2	
TIADYL ER 120 MG CAPSULE	2		TOLTERODINE ER 4 MG CAPSULE	2	
TIADYL ER 180 MG CAPSULE	2		TOLVAPTAN 15 MG TABLET	5	PA, SRX
TIADYL ER 240 MG CAPSULE	2		TOLVAPTAN 30 MG TABLET	5	PA, SRX
TIADYL ER 300 MG CAPSULE	2		TOPCARE CLICKFINE 31G 1/4"	3	
TIADYL ER 360 MG CAPSULE	2		TOPCARE CLICKFINE 31G 5/16"	3	
TIADYL ER 420 MG CAPSULE	2		TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE	3	
TIAGABINE 2 MG TABLET	2		TOPIRAMATE 15 MG SPRINKLE CAPSULE	2	
TIAGABINE 4 MG TABLET	2		TOPIRAMATE 25 MG SPRINKLE CAPSULE	2	
TIAGABINE 12 MG TABLET	2		TOPIRAMATE 25 MG TABLET	2	
TIAGABINE 16 MG TABLET	2		TOPIRAMATE 50 MG TABLET	2	
TILIA FE 28 TABLET	1		TOPIRAMATE 100 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2		TOPIRAMATE 200 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2		TOPIRAMATE ER 25 MG CAPSULE	3	
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2		TOPIRAMATE ER 50 MG CAPSULE	3	
TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2		TOPIRAMATE ER 100 MG CAPSULE	3	
TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2		TOPIRAMATE ER 150 MG CAPSULE	3	
TIMOLOL 5 MG TABLET	2		TOPIRAMATE ER 200 MG CAPSULE	3	
TIMOLOL 10 MG TABLET	2		TOREMIFENE 60 MG TABLET	4	QL
TIMOLOL 20 MG TABLET	2		TORPENZ 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TINIDAZOLE 250 MG TABLET	2		TORPENZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TINIDAZOLE 500 MG TABLET	2		TORPENZ 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TIOPRONIN 100 MG TABLET	5	LDD, SRX	TORPENZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TIS-U-SOLUTION PENTALYTE IRRIGATION SOLUTION	4		TORSEMIDE 5 MG TABLET	2	
TIVICAY 10 MG TABLET	3		TORSEMIDE 10 MG TABLET	2	
TIVICAY 25 MG TABLET	3		TORSEMIDE 20 MG TABLET	2	
TIVICAY 50 MG TABLET	3		TORSEMIDE 100 MG TABLET	2	
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	3		TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	
TIZANIDINE 2 MG TABLET	2		TRADJENTA 5 MG TABLET	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL	TRETIN-X 0.1% COMBO PACK	4	PA, AGE
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	PA, QL	TRI FEMYNOR 28 TABLET	1	
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2	
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5-325 MG TABLET	2	QL	TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TRANDOLAPRIL 1 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.1% DENTAL PASTE	2	
TRANDOLAPRIL 2 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TRANDOLAPRIL 4 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 1-240 MG TABLET	2		TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-180 MG TABLET	2		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-240 MG TABLET	2		TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 4-240 MG	2		TRIAMTERENE 50 MG CAPSULE	4	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2		TRIAMTERENE 100 MG CAPSULE	4	
TRANLYCPROMINE 10 MG TABLET	3		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TRAVOPROST 0.004% EYE DROPS	2		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	2	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1		TRIAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
TRAZODONE 300 MG TABLET	2		TRIDACAIN II 5% PATCH	2	
TRECTOR 250 MG TABLET	4		TRIDACAIN III 5% PATCH	2	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	3	QL	TRIDERM 0.1% CREAM	2	
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	3	QL	TRIDERM 0.5% CREAM	2	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX	TRI-ESTARYLLA TABLET	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	TRIFLUOPERAZINE 1 MG TABLET	2	
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	3	QL	TRIFLUOPERAZINE 2 MG TABLET	2	
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	3	QL	TRIFLUOPERAZINE 5 MG TABLET	2	
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	3	QL	TRIFLUOPERAZINE 10 MG TABLET	2	
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	PA, AGE	TRIFLURIDINE 1% EYE DROPS	2	
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	PA, AGE	TRIHXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	PA, AGE	TRIHXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	PA, AGE	TRIHXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2	
TRETINOIN 0.025% GEL	2	PA, AGE	TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN 0.05% GEL	2	PA, AGE	TRIKAFTA 80-40-60 MG/59.5 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA	TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	2	PA, AGE	TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	2	PA, AGE	TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1	
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	2	PA, AGE	TRI-LINYAH TABLET	1	
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	2	PA, AGE	TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1	
TRETIN-X 0.075% CREAM	4	PA, AGE	TRI-LO-MARZIA TABLET	1	
TRETIN-X 0.025% CREAM COMBO PACK	4	PA, AGE	TRI-LO-MILI TABLET	1	
TRETIN-X 0.05% COMBO PACK	4	PA, AGE	TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG CAPSULE	2		TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"	3	
TRIMETHOPRIM 100 MG TABLET	2		TRUE COMFORT PRO 1ML 30G 5/16"	3	
TRI-MILI 28 TABLET	1		TRUE COMFORT PRO 1ML 31G 5/16"	3	
TRIMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	2		TRUE COMFORT PRO 1ML 32G 5/16"	3	
TRIMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	2		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRIMIPRAMINE 100 MG CAPSULE	2		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRINATAL RX 1 TABLET	1		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
TRINTELLIX 10 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
TRINTELLIX 20 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
TRI-NYMYO 28 TABLET	1		TRUECONTROL GLUCOSE SOLUTION	3	
TRI-PREVIFEM TABLET	1		TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	3	
TRI-SPRINTEC TABLET	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	4	QL	TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	QL	TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TRI-VIT-FLUOR 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
TRIVORA-28 TABLET	1		TRUEPLUS PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 29G 1/2"	3	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	1		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	3	
TROPICAMIDE 0.5% EYE DROPS	2		TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3	
TROPICAMIDE 1% EYE DROPS	2		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 28G 1/2"	3	
TROSPIMUM 20 MG TABLET	2		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	3	
TROSPIMUM ER 60 MG CAPSULE	2		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3		TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 28G 1/2"	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 29G 1/2"	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 6MM	3		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3		TRUEPLUS SYRINGE 1ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3		TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3		TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3		TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3		TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCINE	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3		TRUSTEEL INFUSION SET 23" 6MM	3	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 1/2"	3		TRUSTEEL INFUSION SET 23" 8MM	3	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 5/16"	3		TRUSTEEL INFUSION SET 32" 6MM	3	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 31G 5/16"	3		TRUSTEEL INFUSION SET 32" 8MM	3	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 32G 5/16"	3		TRUZONE PEAK FLOW METER	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG INHALER	4	QL, ST	ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
TULANA 0.35 MG TABLET	1		ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TURQOZ-28 TABLET	1		ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	3		ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
TYBOST 150 MG TABLET	3		ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	1		ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTOR	5	PA, QL, SRX	ULTICARE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK 0.3ML 30G 12.7MM	3	
TYVASO INHALATION REFILL KIT	5	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK 0.3ML 31G 8MM	3	
TYVASO INHALATION STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK 0.5ML 30G 12.7MM	3	
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK 0.5ML 31G 8MM	3	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 30G 12.7MM	3	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML ON-BODY	5	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK PACK 29G 12.7MM	3	
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX	ULTIGUARD SAFEPACK PACK 32G 4MM	3	
ULESFIA 5% LOTION	4		ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	3	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 30G 1/2"	3		ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	3	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 31G 1/4"	3		ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM	3	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 30G 1/2"	3		ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	3	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 31G 1/4"	3		ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM	3	
ULTICARE INSULIN 1 ML 31G 1/4"	3		ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	3	
ULTICARE INSULIN SAFETY 1ML 29G 1/2"	3		ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3		ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		ULTILET PEN NEEDLE	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
ULTICARE LDS SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3		ULTRA COMFORT 0.3 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	3		ULTRA COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" (1/2)	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	3		ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 32G	3		ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	3		ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 12MM 29G	3		ULTRA COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 12.7 MM 29G	3		ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	3	
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29G 1/2"	3		ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3		ULTRA COMFORT 1 ML 30G 5/16"	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 5MM 30G	3		ULTRA COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		ULTRA FLO 0.3ML 30G 1/2" (1/2)	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		ULTRA FLO 0.3ML 30G 5/16"(1/2)	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		ULTRA FLO 0.3ML 31G 5/16"(1/2)	3	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		ULTRA FLO PEN NEEDLE 29G 12MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
UNITHROID 300 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 3 ML 22G 1.5" SYRINGE	3	
UPTRAVI 200 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 20G 1" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 400 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 21G 1.5" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 600 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 22G 1" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 800 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 23G 1" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 23G 1.5" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 25G 1" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 25G 5/8" 3 ML SYRINGE	3	
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT INSULIN 1 ML 30G 3/16"	3	
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	5	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT U-100 29 1/2" SYRINGE	3	
URISTIX 4 REAGENT TEST STRIP	3		VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE	3	
URISTIX REAGENT TEST STRIP	3		VAQTA 50 UNITS/ML SYRINGE	3	
UROQID-ACID NO.2 500-500 TABLET	4		VAQTA 25 UNITS/0.5 ML VIAL	3	
URSODIOL 300 MG CAPSULE	2		VAQTA 50 UNITS/ML VIAL	3	
URSODIOL 250 MG TABLET	2		VARENICLINE 1 MG CONTINUING MONTH BOX	3	
URSODIOL 500 MG TABLET	2		VARENICLINE STARTING MONTH BOX	3	
USTELL CAPSULE	2		VARENICLINE 0.5 MG TABLET	3	
UTIRA-C TABLET	2		VARENICLINE 1 MG TABLET	3	
VALACYCLOVIR 500 MG TABLET	2		VARISOFT INFUSION SET 23" 13MM	3	
VALACYCLOVIR 1 GRAM TABLET	2		VARISOFT INFUSION SET 23" 17MM	3	
VALGANCICLOVIR 50 MG/ML ORAL SOLUTION	4		VARISOFT INFUSION SET 32" 13MM	3	
VALGANCICLOVIR 450 MG TABLET	4		VARISOFT INFUSION SET 32" 17MM	3	
VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	2		VARISOFT INFUSION SET 43" 13MM	3	
VALPROIC ACID 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		VARISOFT INFUSION SET 43" 17MM	3	
VALPROIC ACID 500 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2		VARIVAX VACCINE VIAL	3	
VALSARTAN 40 MG TABLET	2		VARIVAX VACCINE WITH DILUENT	3	
VALSARTAN 80 MG TABLET	2		VAXELIS VACCINE SYRINGE	3	
VALSARTAN 160 MG TABLET	2		VAXELIS VACCINE VIAL	3	
VALSARTAN 320 MG TABLET	2		VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE	3	
VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2		VELIVET 28 DAY TABLET	1	
VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG TABLET	2		VEMLIDY 25 MG TABLET	5	PA, SRX
VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG TABLET	2		VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG TABLET	2		VENCLEXTA 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG TABLET	2		VENCLEXTA 10 MG TABLET (10MG X 2)	5	PA, QL, LDD, SRX
VANADOM 350 MG TABLET	2		VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	4	QL	VENCLEXTA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	4	QL	VENLAFAXINE 25 MG TABLET	2	QL
VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL	VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	2	QL
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		VENLAFAXINE 50 MG TABLET	2	QL
VANISHPOINT 0.5 ML 30G 1/2" SYRINGE	3		VENLAFAXINE 75 MG TABLET	2	QL
VANISHPOINT 3 ML 21G 1" SYRINGE	3		VENLAFAXINE 100 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL	VIENVA-28 TABLET	1	
VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL	VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL	VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENTAVIS 10 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX	VIGADRONE 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENTAVIS 20 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX	VIGADRONE 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VERAPAMIL 40 MG TABLET	2		VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VERAPAMIL 80 MG TABLET	2		VILAZODONE 10 MG TABLET	4	QL
VERAPAMIL 120 MG TABLET	2		VILAZODONE 20 MG TABLET	4	QL
VERAPAMIL ER 120 MG CAPSULE	2		VILAZODONE 40 MG TABLET	4	QL
VERAPAMIL ER 180 MG CAPSULE	2		VIOKACE 10,440-39,150 UNITS TABLET	4	
VERAPAMIL ER 240 MG CAPSULE	2		VIOKACE 20,880-78,300 UNITS TABLET	4	
VERAPAMIL ER 120 MG TABLET	2		VIORALE 28 DAY TABLET	1	
VERAPAMIL ER 180 MG TABLET	2		VIREAD POWDER	3	
VERAPAMIL ER 240 MG TABLET	2		VIREAD 150 MG TABLET	3	
VERAPAMIL ER PM 100 MG CAPSULE	3		VIREAD 200 MG TABLET	3	
VERAPAMIL ER PM 200 MG CAPSULE	3		VIREAD 250 MG TABLET	3	
VERAPAMIL ER PM 300 MG CAPSULE	3		VIRT-C DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 120 MG CAPSULE	2		VIRT-NATE DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 180 MG CAPSULE	2		VIRT-PN DHA SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 240 MG CAPSULE	2		VIRT-PN PLUS SOFTGEL	1	
VERAPAMIL SR 360 MG CAPSULE	2		VISTOGARD 10 GRAM PACKET	5	LDD, SRX
VEREGEN 15% OINTMENT	4		VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	3		VITAFOL-OB CAPLET	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 29G 12MM	3		VITAMIN D2 1.25 MG (50,000 UNIT)	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	3		VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,2,3	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3		VOLNEA 0.15-0.02-0.01 MG TABLET	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3		VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	3		VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		VORTEX ADULT MASK	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		VORTEX HOLDING CHAMBER	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3		VORTEX VHC FROG CHILD MASK	3	QL
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3		VORTEX VHC LADYBUG TODDLER MASK	3	QL
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3		VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3		VRAYLAR 3 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	3		VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	3		VRAYLAR 6 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	4	QL, ST
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1		VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VYLIBRA 28 TABLET	1		XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	XELJANZ XR 11 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
WAKIX 4.45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	XELJANZ XR 22 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
WAKIX 17.8 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	XIFAXAN 200 MG TABLET	4	PA, QL
WARFARIN 1 MG TABLET	1		XIFAXAN 550 MG TABLET	4	PA, QL
WARFARIN 2 MG TABLET	1		XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
WARFARIN 2.5 MG TABLET	1		XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	3	QL
WARFARIN 3 MG TABLET	1		XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
WARFARIN 4 MG TABLET	1		XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	3	QL
WARFARIN 5 MG TABLET	1		XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
WARFARIN 6 MG TABLET	1		XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
WARFARIN 7.5 MG TABLET	1		XOLAIR 150 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
WARFARIN 10 MG TABLET	1		XOLAIR 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
WAVESENSE CONTROL SOLUTION NORMAL	3		XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VIAL	5	PA, LDD, SRX
WERA 0.5/0.035 MG 28 TABLET	1		XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
WESCAP-PN DHA CAPSULE	1		XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
WESNATAL DHA COMPLETE	1		XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
WESNATE DHA SOFTGEL	1		XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE	3	PA
WESTAB PLUS TABLET	1		XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE	3	PA
WIXELA 100-50 INHUB	2	QL	XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE	3	PA
WIXELA 250-50 INHUB	2	QL	XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE	3	PA
WIXELA 500-50 INHUB	2	QL	XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE	3	PA
WM UNIFINE PENTIP PLUS 4MM 32G	3		XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 5MM 31G	3		XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 6MM 31G	3		XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G	3		XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
WYMZYA FE 0.4-0.035 MG CHEWABLE TABLET	1		YALE NEEDLE 21G 1.25"	3	
XALKORI 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	YARGESA 100 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
XALKORI 250 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
XALKORI 20 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
XALKORI 50 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
XALKORI 150 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX	YUVAFEM 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	3	QL	ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
XARELTO 2.5 MG TABLET	3	QL	ZAFIRLUKAST 10 MG TABLET	2	
XARELTO 10 MG TABLET	3	QL	ZAFIRLUKAST 20 MG TABLET	2	
XARELTO 15 MG TABLET	3	QL	ZALEPLON 5 MG CAPSULE	2	
XARELTO 20 MG TABLET	3	QL	ZALEPLON 10 MG CAPSULE	2	
XARELTO DVT-PE STARTER PACK	3	QL	ZARAH TABLET	1	
XDEMYVY 0.25% EYE DROPS	5	PA, QL, LDD, SRX	ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX	ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX
XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus Illinois para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1	
ZELBORAF 240 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZELNORM 6 MG TABLET	4	
ZENATANE 10 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 20 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 30 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 40 MG CAPSULE	4	
ZENZEDI 5 MG TABLET	2	QL
ZENZEDI 10 MG TABLET	2	QL
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	5	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	5	PA, QL, SRX, LDD
ZETONNA 37 MCG NASAL SPRAY	4	ST
ZIDOVUDINE 100 MG CAPSULE	2	
ZIDOVUDINE 50 MG/5 ML SYRUP	2	
ZIDOVUDINE 300 MG TABLET	2	
ZILEUTON ER 600 MG TABLET	5	SRX
ZIMHI 5 MG/0.5 ML SYRINGE	3	
ZIPRASIDONE 20 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 40 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 60 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 80 MG CAPSULE	2	
ZIRGAN 0.15% EYE GEL	4	
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT SYRINGE	5	PA, SRX
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT SYRINGE	5	PA, SRX
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG ODT TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG ODT TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	3	QL
ZOLPIDEM 5 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM 10 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM ER 6.25 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM ER 12.5 MG TABLET	2	
ZONISAMIDE 25 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 50 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
ZOVIA 1-35 TABLET	1	
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ZUBSOLV 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ZUBSOLV 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ZUMANDIMINE 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYKADIA 150 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ZYLET EYE DROPS	4	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

Preguntas frecuentes (cont.)

tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

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

Servicios excluidos

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 Medicamento 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.**
19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando

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

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

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

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, neurorretroalimentación, 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, kinesiología 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
 - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el

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

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.
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. **Los medicamentos del Nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 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 of 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 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna 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 اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna 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).