

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

Esta Lista de medicamentos es válida para los planes vendidos en 2024 en Tennessee, 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 Tennessee 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	76
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	80

Consulte su Lista de medicamentos en línea

- **Cigna.com/ifp-drug-list.** Seleccione **Tennessee** 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 Tennessee, 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	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-ADBM	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 Tennessee 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	44-49
2	6	N	49-52
A	6-11	O	52-54
B	11-15	P	54-59
C	15-21	Q	59, 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	Y	75
L	40-44	Z	75

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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3		ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5 ML ORAL SOLUTION	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3		ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2	PA
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3		ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2	PA
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3		ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2	PA
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3		ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 5MM 31G	3		ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 6MM 31G	3		ACETIC ACID 0.25% EAR SOLUTION	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 8MM 31G	3		ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 12MM 29G	3		ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
2TEK CONTROL SOLUTION	3		ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2	
ABACAVIR 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2		ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
ABACAVIR 300 MG TABLET	2		ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
ABACAVIR-LAMIVUDINE 600-300 MG TABLET	2		ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	3		ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX
ABIRATERONE 250 MG TABLET	5	PA, SRX	ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
ABIRATERONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX	ACTHIB VACCINE VIAL	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G 8MM	3		ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G 5MM	3		ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G 8MM	3		ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G 4MM	3		ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ABRYSVO VIAL WITH DILUENT	3		ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	3		ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ACARBOSE 25 MG TABLET	2		ACYCLOVIR 5% OINTMENT	4	PA, QL
ACARBOSE 50 MG TABLET	2		ADACEL TDAP VIAL	3	
ACARBOSE 100 MG TABLET	2		ADALIMUMAB-ADAZ(CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN 40 MG	5	PA, QL, SRX
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADB(M)CF 10 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADB(M)CF 20 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 10 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADB(M)CF 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 20 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN 40 MG	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 30 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN CROHNS 40 MG	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 40 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN PS-UV 40 MG	5	PA, QL, SRX
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	3		ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	3	QL	ADALIMUMAB-RYVK(CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACEBUTOLOL 200 MG CAPSULE	2		ADAPALENE 0.1% CREAM	3	PA, AGE
ACEBUTOLOL 400 MG CAPSULE	2		ADAPALENE 0.3% GEL	3	PA, AGE
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5-30 MG CAPSULE	2	PA	ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	3	PA, AGE
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		ADAPALENE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	PA, AGE
			ADEFOVIR 10 MG TABLET	5	SRX

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	AIRZONE PEAK FLOW METER	3	
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		ALOCIL 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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALOSETRON 1 MG TABLET	5	SRX	AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2		AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	5	PA, SRX
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2		AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	5	PA, SRX
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2		AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2		AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 0.25 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 0.5 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 1 MG TABLET	2		AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ODT 2 MG TABLET	2		AMLODIPINE 5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	2		AMLODIPINE 10 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	2	
ALTABAX 1% OINTMENT	4		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	2	
ALTACaine 0.5% EYE DROPS	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	2	
ALTAVERA-28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	2	
ALVESCO 80 MCG INHALER	3		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-80 MG TABLET	2	
ALVESCO 160 MCG INHALER	3		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
ALYQ 20 MG TABLET	5	PA, SRX	AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	2	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 100 MG TABLET	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	2	
AMBRISANTAN 5 MG TABLET	5		AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	2	
AMBRISANTAN 10 MG TABLET	5		AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	2	
AMCINONIDE 0.1% CREAM	2		AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	2	
AMCINONIDE 0.1% LOTION	2	PA, LDD, SRX	AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	2	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	2	
AMETHIA LO TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	2	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	2	
AMILORIDE 5 MG TABLET	2		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	2	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	2		AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	3		ANAGRELIDE 1 MG CAPSULE	4	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5MG TABLET	3		ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	4	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	3		ANASTROZOLE 1 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-320-25 MG TABLET	3		ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INHALER	3	QL
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2		ANUCORT-HC 25 MG SUPPOSITORY	2	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2		ANZEMET 50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
AMNESTEEM 10 MG CAPSULE	4		APEXICON E 0.05% CREAM	4	
AMNESTEEM 20 MG CAPSULE	4		APIDRA 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
AMNESTEEM 40 MG CAPSULE	4		APIDRA SOLOSTAR 100 UNIT/ML	4	QL, ST
AMOXAPINE 25 MG TABLET	2		APRACLONIDINE 0.5% DROPS	2	
AMOXAPINE 50 MG TABLET	2		APREPITANT 40 MG CAPSULE	3	QL
AMOXAPINE 100 MG TABLET	2		APREPITANT 80 MG CAPSULE	3	QL
AMOXAPINE 150 MG TABLET	2		APREPITANT 125 MG CAPSULE	3	QL
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		APREPITANT 125-80-80 MG PACK	3	QL
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		APRI 28 DAY TABLET	1	
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1		APTIOM 200 MG TABLET	4	PA, QL
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	2		APTIOM 400 MG TABLET	4	PA, QL
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIOM 600 MG TABLET	4	PA, QL
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIOM 800 MG TABLET	4	PA, QL
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		APTIVUS 250 MG CAPSULE	3	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		AQ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM	3	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	2		AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	2		AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARANELLE 28 TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1		ARANESP 25 MCG/0.42 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1		ARANESP 40 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1		ARANESP 60 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER 1,000-62.5 MG TABLET	2		ARANESP 100 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMPHETAMINE 5 MG TABLET	3	QL	ARANESP 150 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMPHETAMINE 10 MG TABLET	3	QL	ARANESP 200 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
AMPICILLIN 500 MG CAPSULE	2		ARANESP 300 MCG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ANAGRELIDE 0.5 MG CAPSULE	4		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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ARANESP 200 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX	ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	2	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER 25-200 MG CAPSULE	2	
AREXVY VIAL KIT	3		ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	3	
ARFORMOTEROL 15 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL	ASSURE DOSE CONTROL SOLUTION	3	
ARIPIRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3		ASSURE ID DUO PRO NEEDLE 31G 5MM	3	
ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	2		ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 3/16"	3	
ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	2		ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	2		ASSURE ID PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	2		ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	2		ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	2		ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	3	
ARIPIRAZOLE ODT 10 MG TABLET	4		ASSURE ID SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ARIPIRAZOLE ODT 15 MG TABLET	4		ASSURE ID SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
ARMODAFINIL 50 MG TABLET	2	PA	ASSURE PRISM CONTROL SOLUTION	3	
ARMODAFINIL 150 MG TABLET	2	PA	ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE	5	SRX
ARMODAFINIL 200 MG TABLET	2	PA	ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE	5	SRX
ARMODAFINIL 250 MG TABLET	2	PA	ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE	5	SRX
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	3		ASTHMA CHECK PEAK FLOW METER	3	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	3		ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	3	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	3		ATAZANAVIR 150 MG CAPSULE	2	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	3		ATAZANAVIR 200 MG CAPSULE	2	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	3		ATAZANAVIR 300 MG CAPSULE	2	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	3		ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	3		ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	3		ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INHALER	3		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25 MG TABLET	2	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INHALER	3		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25 MG TABLET	2	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INHALER	3		ATOMOXETINE 10 MG CAPSULE	2	QL
ASCOMP WITH CODEINE CAPSULE	2	PA	ATOMOXETINE 18 MG CAPSULE	2	QL
ASENAPINE 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL	ATOMOXETINE 25 MG CAPSULE	2	QL
ASENAPINE 5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL	ATOMOXETINE 40 MG CAPSULE	2	QL
ASENAPINE 10 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL	ATOMOXETINE 60 MG CAPSULE	2	QL
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		ATOMOXETINE 80 MG CAPSULE	2	QL
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	4	QL, ST	ATOMOXETINE 100 MG CAPSULE	2	QL
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	4	QL, ST	ATORVASTATIN 10 MG TABLET	2	
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	4	QL, ST	ATORVASTATIN 20 MG TABLET	2	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	4	QL, ST	ATORVASTATIN 40 MG TABLET	2	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	4	ST	ATORVASTATIN 80 MG TABLET	2	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	4	QL, ST	ATOVAQUONE 750 MG/5 ML SUSPENSION	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	4	QL, ST	ATOVAQUONE-PROGUANIL 62.5-25 TABLET	2	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	4	QL, ST	ATOVAQUONE-PROGUANIL 250-100 TABLET	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATROPINE 1% EYE DROPS	2		AZURETTE 28 DAY TABLET	1	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2		BACITRACIN 500 UNIT/GM EYE OINTMENT	2	
AUBRA EQ-28 TABLET	1		BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
AUBRA-28 TABLET	1		BACLOFEN 5 MG TABLET	2	
AUROVELA 1 MG-20 MCG TABLET	1		BACLOFEN 10 MG TABLET	2	
AUROVELA 21 1.5-30 TABLET	1		BACLOFEN 20 MG TABLET	2	
AUROVELA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		BAL-CARE DHA COMBO PACK	1	
AUROVELA FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		BALCOLTRA TABLET	4	
AUROVELA FE 1-20 TABLET	1		BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	2	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	3		BALZIVA 28 TABLET	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	3		BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY ONE PACK	3	QL
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	3		BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY TWO PACK	3	QL
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 23" 13MM	3		BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 43" 13MM	3		BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 6MM	3		BASAGLAR TEMPO PEN 100 UNIT/ML	3	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 9MM	3		BD 3 ML SYRINGE 18G 1-1/2"	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 6MM	3		BD 3 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 9MM	3		BD 3 ML SYRINGE 25G 1"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 6MM	3		BD 3 ML SYRINGE 25G 1-1/2"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 9MM	3		BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" 6MM	3		BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 5MM 30G	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 6MM	3		BD BLUNT NEEDLE 18G 1-1/2"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 9MM	3		BD ECLIPSE 30G 1/2" SYRINGE	3	
AVIANE-28 TABLET	1		BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3	
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	3	
AVONEX PREFILLED SYRINGE 30 MCG KIT	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 18G 1 1/2"	3	
AYUNA-28 TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1"	3	
AZASITE 1% EYE DROPS	4		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1.5"	3	
AZATHIOPRINE 50 MG TABLET	2		BD ECLIPSE NEEDLE 22G 1"	3	
AZELAIC ACID 15% GEL	3		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 25MM	3	
AZELASTINE 0.05% DROPS	2		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 1"	3	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG) NASAL SPRAY	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	3	
AZELASTINE 0.15% NASAL SPRAY	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	3	
AZELASTINE-FLUTICASONE 137-50MCG NASAL SPRAY	3		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 40MM	3	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1"	3	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1.5"	3	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 5/8"	3	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 27G 1/2"	3	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 30G 13MM	3	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2		BD ECLIPSE NEEDLE 30G 1/2"	3	
AZO TEST TEST STRIP	3		BD FILTER NEEDLE	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
BD NEEDLE 20G 1-1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1.5"	3	
BD NEEDLE 21G 1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G 1.5"	3	
BD NEEDLE 21G 1-1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G 1"	3	
BD NEEDLE 21G 2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G 5/8"	3	
BD NEEDLE 22G 1"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27G 5/8"	3	
BD NEEDLE 22G 1-1/2"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLE 22G 3/4"	3		BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 6MM 32G	3	
BD NEEDLE 23G 0.75"	3		BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 5MM 31G	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 4MM 32G	3		BETAXOLOL 10 MG TABLET	2	
BD ULTRAFINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MM 29G	3		BETAXOLOL 20 MG TABLET	2	
BD ULTRAFINE SHORT PEN NEEDLE 8MM 31G	3		BETHANECHOL 5 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN 0.3ML 6MM 31G (1/2)	3		BETHANECHOL 10 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MM 31G	3		BETHANECHOL 25 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MM 31G	3		BETHANECHOL 50 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MM 31G	3		BEXAROTENE 1% GEL	5	PA, SRX
BECONASE AQ 0.042% NASAL SPRAY	4	ST	BEXAROTENE 75 MG CAPSULE	5	PA, SRX
BELLADONNA-OPIUM 16.2-30 SUPPOSITORY	2	PA	BEXSERO PREFILLED SYRINGE	3	
BELLADONNA-OPIUM 16.2-60 SUPPOSITORY	2	PA	BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML SYRINGE	3	
BENAZEPRIL 5 MG TABLET	1		BEYFORTUS 100 MG/ML SYRINGE	3	
BENAZEPRIL 10 MG TABLET	1		BICALUTAMIDE 50 MG TABLET	2	
BENAZEPRIL 20 MG TABLET	1		BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET	4	QL
BENAZEPRIL 40 MG TABLET	1		BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	4	QL
BENAZEPRIL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	2		BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL
BENAZEPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2		BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	4	
BENAZEPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2		BISOPROLOL 5 MG TABLET	2	
BENAZEPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	2		BISOPROLOL 10 MG TABLET	2	
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG TABLET	1	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2		BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	2		BLISOVI 24 FE TABLET	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	2		BLISOVI FE 1-20 TABLET	1	
BEPOTASTINE 1.5% EYE DROPS	4		BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	1	
BESER 0.05% LOTION	2		BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
BETADINE 5% EYE SOLUTION	4		BLUNT NEEDLE	3	
BETAINE 1 GRAM/SCOOP POWDER	5	PA, SRX	BOOSTRIX TDAP	3	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% CREAM	2		BOSENTAN 62.5 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% LOTION	2		BOSENTAN 125 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% OINTMENT	2		BOSULIF 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% CREAM	2		BOSULIF 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% GEL	2		BOSULIF 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% LOTION	2		BOSULIF 400 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% OINTMENT	2		BOSULIF 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% CREAM	2		BREATHERITE MDI SPACER	3	QL
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% LOTION	2		BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	3	QL
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% OINTMENT	2		BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	3	QL
BETAMETHASONE VALERATE 0.12% FOAM	2		BREATHERITE SPACER-LARGE CHILD MASK	3	QL
BETAXOLOL 0.5% EYE DROPS	2		BREATHERITE SPACER-NEONATE MASK	3	QL
			BREATHERITE SPACER-SMALL CHILD MASK	3	QL
			BREATHRITE VALVED MDI CHAMBER	3	QL

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BREATHRITE VALVED MDI SPACER	3	QL	BUPRENORPHINE 10 MCG/HR PATCH	2	QL
BREEZE 2 SOLUTION	3		BUPRENORPHINE 15 MCG/HR PATCH	2	QL
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	3	QL	BUPRENORPHINE 20 MCG/HR PATCH	2	QL
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALER	3	QL	BUPRENORPHINE 2 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALER	3	QL	BUPRENORPHINE 8 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
BREYNA 80-4.5 MCG INHALER	4	QL	BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG FILM	2	
BREYNA 160-4.5 MCG INHALER	4	QL	BUPRENORPHINE-NALOXONE 4-1 MG FILM	2	
BRIELLYN TABLET	1		BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG FILM	2	
BRILINTA 60 MG TABLET	4		BUPRENORPHINE-NALOXONE 12-3 MG FILM	2	
BRILINTA 90 MG TABLET	4		BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG TABLET	2	
BRIMONIDINE 0.1% DROPS	2		BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG TABLET	2	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	2		BUPROPION 75 MG TABLET	2	QL
BRIMONIDINE 0.2% EYE DROPS	2		BUPROPION 100 MG TABLET	2	QL
BRIMONIDINE-TIMOLOL 0.2%-0.5% EYE DROPS	4		BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL
BRINZOLAMIDE 1% EYE DROPS	3		BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	BUPROPION SR 150 MG TABLET (smoking cessation)	2	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2	
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	3		BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BROMOCRIPTINE 5 MG CAPSULE	2		BUSPIRONE 15 MG TABLET	2	
BROMOCRIPTINE 2.5 MG TABLET	2		BUSPIRONE 30 MG TABLET	2	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM 2-30-10 MG/5 ML SYRUP	2		BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE #3 CAPSULE	2	PA
BROOKS INSULIN 0.3ML SYRINGE	3		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325 MG TABLET	2	
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-300-40 MG TABLET	2	QL
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-325-40 MG TABLET	2	QL
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-300-30 MG CAPSULE	2	PA
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-325-30 MG CAPSULE	2	PA
BUDESONIDE DR 3 MG CAPSULE	4		BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	2	QL
BUDESONIDE EC 3 MG CAPSULE	4		BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLET	2	QL
BUDESONIDE ER 9 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	BUTORPHANOL 10 MG/ML NASAL SPRAY	2	PA, QL
BUDESONIDE-FORMOTEROL 80-4.5 INHALER	4	QL	BYDUREON BCISE 2 MG AUTO-INJECTOR	3	PA, QL
BUDESONIDE-FORMOTEROL 160-4.5 INHALER	4	QL	BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2		BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL
BUMETANIDE 1 MG TABLET	2		CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	2		CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
BUPRENORPHINE 5 MCG/HR PATCH	2	QL			
BUPRENORPHINE 7.5 MCG/HR PATCH	2	QL			

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		CALQUENCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		CALQUENCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		CAMILA 0.35 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		CAMRESE LO TABLET	1	
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	2	QL	CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD
CABOMETYX 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAMZYOS 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD
CABOMETYX 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAMZYOS 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD
CABOMETYX 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAMZYOS 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX, LDD
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	
CABOMETYX 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	2	
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 50 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	3		CARBIDOPA-LEVODOPA 75 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	3		CARBIDOPA-LEVODOPA 100 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	3		CARBIDOPA-LEVODOPA 125 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	4		CARBIDOPA-LEVODOPA 150 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 200 MG-ENTACAPONE TABLET	3	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2		CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2		CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	2		CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL	CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G	3	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2		CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 32G	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 31G	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3		CARETOUCH SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3		CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 5MM 31G	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 6MM 31G	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 8MM 31G	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 12MM 29G	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3		CARGLUMIC ACID 200 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3		CARISOPRODOL 250 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3		CARISOPRODOL 350 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3		CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	3		CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE TABLET	2	PA
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3		CARTEOLOL 1% EYE DROPS	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3		CARTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3		CARTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3		CARTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	3		CARTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
CARESENS CONTROL SOLUTION	3		CARVEDILOL 3.125 MG TABLET	1	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3	3		CARVEDILOL 6.25 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	3		CARVEDILOL 12.5 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3		CARVEDILOL 25 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	3		CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	3		CAZANT 28 DAY TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1.5"	3		CEFACLOL 250 MG CAPSULE	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	3		CEFACLOL 500 MG CAPSULE	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	3		CEFACLOL 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	3		CEFACLOL 250 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26G 1"	3		CEFACLOL 375 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3		CEFACLOL ER 500 MG TABLET	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3		CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3		CEFADROXIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CEFADROXIL 500 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	3	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	2		CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	3	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	2		CHEMSTRIP BG DIARY	3	
CEFDINIR 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	3	
CEFDINIR 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	3	
CEFDITOREN 400 MG TABLET	2		CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3		CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	2	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	2	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	2	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	2		CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	2	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	2		CHLOROQUINE 250 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLOROQUINE 500 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	3	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	3	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	3	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	3	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	3	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	2	QL	CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	2	QL	CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	2	QL	CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	2	QL	CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	2	
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1		CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	2	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1		CHOLESTYRAMINE PACKET	2	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2		CHOLESTYRAMINE POWDER	2	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	4	PA
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	3		CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2		CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	2		CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1		CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CHATEAL EQ-28 TABLET	1		CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CHATEAL-28 TABLET	1		CILOSTAZOL 50 MG TABLET	2	
CHEK-STIX TEST STRIP	3		CILOSTAZOL 100 MG TABLET	2	
CHEMET 100 MG CAPSULE	4		CILOXAN 0.3% OINTMENT	4	
CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	3		CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	3		CIMETIDINE 200 MG TABLET	2	
CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	3		CIMETIDINE 300 MG TABLET	2	
CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	3		CIMETIDINE 400 MG TABLET	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLOBETASOL 0.05% SHAMPOO	2	
CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL LOTION	2	
CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	2		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL SOLUTION	2	
CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	2		CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% CREAM	2	
CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	2		CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	
CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	2		CLOBETASOL EMULSION 0.05% FOAM	3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL	CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% FOAM	2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL	CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% SPRAY	2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL	CLOCORTOLONE PIVALATE 0.1% CREAM	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3		CLODAN 0.05% SHAMPOO	2	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3		CLOMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	4	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3		CLOMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	4	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3		CLOMIPRAMINE 75 MG CAPSULE	4	
CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	3		CLONAZEPAM 0.125 MG ODT TABLET	2	
CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	3		CLONAZEPAM 0.25 MG ODT TABLET	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		CLONAZEPAM 0.5 MG ODT TABLET	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
CLOZAPINE 50 MG TABLET	2		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
CLOZAPINE 100 MG TABLET	2		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
CLOZAPINE 200 MG TABLET	2		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
CLOZAPINE ODT 12.5 MG TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
CLOZAPINE ODT 25 MG TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
CLOZAPINE ODT 100 MG TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
CLOZAPINE ODT 150 MG TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
CLOZAPINE ODT 200 MG TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
C-NATE DHA SOFTGEL	1		COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
COARTEM TABLET	4	QL	COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
CODEINE SULFATE 15 MG TABLET	2	PA	COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
CODEINE SULFATE 30 MG TABLET	2	PA	COMFORT INFUSION SET 23" 17MM	3	
CODEINE SULFATE 60 MG TABLET	2	PA	COMFORT INFUSION SET 32" 17MM	3	
COLCHICINE 0.6 MG TABLET	2		COMFORT INFUSION SET 43" 17MM	3	
COLESEVELAM 3.75 G PACKET	3		COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
COLESEVELAM 625 MG TABLET	3		COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/3"	3	
COLESTIPOL 1 GM TABLET	2		COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	CRYSSELLE-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	
COMPACT SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL	CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	2	
COMPLERA TABLET	4	QL	CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	2	
COMPLETE NATAL DHA	1		CYCLOPENTOLATE 2% DROPS	2	
COMPLETENATE CHEWABLE TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	
COMPRO 25 MG SUPPOSITORY	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	
CONSTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	2	
CONTACT DETACH INFUSION SET 23"	3		CYCLOSET 0.8 MG TABLET	4	
CONTACT DETACH INFUSION SET 32"	3		CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	4	
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	
CONTOUR SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	2	
COOL CONTROL A SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	2	
COOL CONTROL B SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	2	
CORTISONE 25 MG TABLET	2		CYCLOSPORINE MODIFIED 100MG/ML ORAL SOLUTION	2	
CORTISPORIN CREAM	4		CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CORTISPORIN OINTMENT	4		CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION	4		CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX	DEFERIPRONE 1,000 MG TABLET (3X/DAY)	5	PA, SRX
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	5	PA, QL, SRX	DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	3	
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG	5	PA, QL, SRX	DEMECLOCYCLINE 150 MG TABLET	3	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2		DEMECLOCYCLINE 300 MG TABLET	3	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2		DENTA 5000 PLUS SENSITIVE PASTE	2	
CYRED 28 DAY TABLET	1		DENTA 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	1		DENTAGEL 1.1% GEL	2	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX	DERMACINRX LIDOCAN 5% PATCH	2	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX	DESCOVY 120-15 MG TABLET	4	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	4	PA, QL, LDD	DESCOVY 200-25 MG TABLET	4	PA
DABIGATRAN 75 MG CAPSULE	4	QL	DESIPRAMINE 10 MG TABLET	2	
DABIGATRAN 110 MG CAPSULE	4	QL	DESIPRAMINE 25 MG TABLET	2	
DABIGATRAN 150 MG CAPSULE	4	QL	DESIPRAMINE 50 MG TABLET	2	
DALFAMPRIDINE ER 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	DESIPRAMINE 75 MG TABLET	2	
DANAZOL 50 MG CAPSULE	2		DESIPRAMINE 100 MG TABLET	2	
DANAZOL 100 MG CAPSULE	2		DESIPRAMINE 150 MG TABLET	2	
DANAZOL 200 MG CAPSULE	2		DESLOTRADINE 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2		DESLOTRADINE 5 MG ODT TABLET	2	QL
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2		DESLOTRADINE 5 MG TABLET	2	QL
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2		DESMOPRESSIN 0.01% NASAL SPRAY	2	
DAPSONE 25 MG TABLET	4		DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML NASAL SPRAY	2	
DAPSONE 100 MG TABLET	4		DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2	
DAPTACEL DTAP VACCINE	3		DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2	
DARIFENACIN ER 7.5 MG TABLET	2		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 MG TABLET	1	
DARIFENACIN ER 15 MG TABLET	2		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL TABLET	1	
DARUNAVIR 600 MG TABLET	2		DESONIDE 0.05% CREAM	2	
DARUNAVIR 800 MG TABLET	2		DESONIDE 0.05% LOTION	2	
DASETTA 1-35-28 TABLET	1		DESONIDE 0.05% OINTMENT	2	
DASETTA 7/7/7-28 TABLET	1		DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	3	
DAYSEE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	3	
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	1		DESOXIMETASONE 0.05% GEL	3	
DEFERASIROX 90 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX	DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	3	
DEFERASIROX 180 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX	DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	3	
DEFERASIROX 360 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX	DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2	QL
DEFERASIROX 90 MG TABLET	5	PA, SRX	DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2	QL
DEFERASIROX 180 MG TABLET	5	PA, SRX	DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 100MG TABLET	2	QL
DEFERASIROX 360 MG TABLET	5	PA, SRX	DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	2	
DEFERASIROX 125 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX	DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEFERASIROX 250 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX	DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
DEFERASIROX 500 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX	DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
DEFERIPRONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX			

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2				
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2				
DEXCOM G6 RECEIVER	3	PA, QL	DIASITX REAGENT TEST STRIP	3	
DEXCOM G7 RECEIVER	3	PA, QL	DIATRUE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
DEXCOM G6 SENSOR	3	PA, QL	DIATRUE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
DEXCOM G7 SENSOR	3	PA, QL	DIATRUE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
DEXCOM G6 TRANSMITTER	3	PA, QL	DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DEXLANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	4	QL	DIAZEPAM 25 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
DEXLANSOPRAZOLE DR 60 MG CAPSULE	4	QL	DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DEXMETHYLPHENIDATE 2.5 MG TABLET	2	QL	DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DEXMETHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL	DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DEXMETHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL	DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	3	QL	DIAZEPAM 2 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	3	QL	DIAZEPAM 5 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	3	QL	DIAZEPAM 10 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	3	QL	DIAZOXIDE 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	3	QL	DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	3	QL	DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	3	QL	DICLOFENAC POTASSIUM 50 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	3	QL	DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	DICLOFENAC SODIUM DR 25 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL	DICLOFENAC SODIUM DR 50 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL	DICLOFENAC SODIUM DR 75 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL	DICLOFENAC SODIUM EC 25 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL	DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL	DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL	DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	2	QL	DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL	DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	2	QL	DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 15 MG TABLET	2	QL	DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 20 MG TABLET	2	QL	DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 30 MG TABLET	2	QL	DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL	DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2	
			DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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		DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DILT XR 240 MG CAPSULE	2		DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1		DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2		DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2		DISULFIRAM 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2		DISULFIRAM 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	2		DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	2		DODEX 1,000 MCG/ML VIAL	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	2		DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	2		DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	2		DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	4	QL
DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	2		DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	4	QL
DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	2		DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	4	QL
DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	2		DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	2		DONEPEZIL 5 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	2		DONEPEZIL 10 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	2		DONEPEZIL 23 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	2		DONEPEZIL ODT 5 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	2		DONEPEZIL ODT 10 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	2				

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DORZOLAMIDE 2% EYE DROPS	2		DROPLET 0.5 ML 29G 12.5MM(1/2)	3	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2		DROPLET 0.5 ML 30G 12.5MM(1/2)	3	
DOTTI 0.025 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.5MM	3	
DOTTI 0.0375 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 6MM	3	
DOTTI 0.05 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM	3	
DOTTI 0.075 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DOTTI 0.1 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
DOVATO 50-300 MG TABLET	4	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 12.5MM	3	
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 6MM(1/2)	3	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 8MM(1/2)	3	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM(1/2)	3	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM(1/2)	3	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	3	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 6MM	3	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	3	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12.5MM	3	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
DOXEPIN 5% CREAM	4	QL	DROPLET MICRON 34G 9/64"	3	
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		DROPLET PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
DOXEPIN 3 MG TABLET	3	QL	DROPLET PEN NEEDLE 29G 3/8"	3	
DOXEPIN 6 MG TABLET	3	QL	DROPLET PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG CAPSULE	1		DROPLET PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG CAPSULE	1		DROPLET PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	2		DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/16"	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG TABLET	2		DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG TABLET	1		DROPSAFE INSULIN 1ML 29G 12.5MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 6MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	2		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	2		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 6MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	2		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 8MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1		DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	2		DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
DRONABINOL 2.5 MG CAPSULE	4		DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
DRONABINOL 5 MG CAPSULE	4		DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	3	
DRONABINOL 10 MG CAPSULE	4		DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
DROXIA 200 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	3		EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	4		EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G	3	
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY PLUS II CONTROL SOLUTION HIGH	3	
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	EASY PLUS II CONTROL SOLUTION LOW	3	
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	EASY STEP CONTROL SOLUTION-HIGH	3	
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL	EASY STEP CONTROL SOLUTION-LOW	3	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	5	PA, SRX	EASY STEP CONTROL SOLUTION-NORMAL	3	
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	5	PA, SRX	EASY TALK CONTROL SOLUTION LOW	3	
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	3	
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	2		EASY TOUCH 0.3 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	2		EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 27G 1/2"	3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	3	QL	EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 29G 1/2"	3	
EASIVENT MASK-LARGE	3	QL	EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASIVENT MASK-MEDIUM	3	QL	EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 5/16"	3	
EASIVENT MASK-SMALL	3	QL	EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 27G 1/2"	3	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" SYRINGE	3		EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 29G 1/2"	3	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" SYRINGE	3		EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE	3		EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 30G 1/2"	3	
EASY COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	3		EASY TOUCH BLU LINK CONTROL SOLUTION	3	
EASY COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	3	
EASY COMFORT 0.5 ML 32G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	3	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	3	
EASY COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	3	
EASY COMFORT 1 ML 32G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	3	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYRINGE	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1.5"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 3/4"	3	
			EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	3	
			EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1.5"	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1.5"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 5/8"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 32G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 5/16"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY TOUCH LUER LOK INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.25"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 5MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1.5"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 8MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1.5"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.25"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 16MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 3/4"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1.25"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 5/8"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1-1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 1/2"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 3/8"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 5/8"	3		EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.25"	3		EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.5"	3		EASY TRAK CONTROL SOLUTION HIGH	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TRAK CONTROL SOLUTION LOW	3		ELEMENT CONTROL SOLUTION LOW	3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL	3		ELEMENT CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
EASYGLUCO PLUS CONTROL SOLUTION NORMAL	3		ELETRIPTAN 20 MG TABLET	3	QL
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	3		ELETRIPTAN 40 MG TABLET	3	QL
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION	3		ELINEST-28 TABLET	1	
EASYPOINT NEEDLE 18G 1"	3		ELIQUIS 2.5 MG TABLET	3	QL
EASYPOINT NEEDLE 18G 1-1/2"	3		ELIQUIS 5 MG TABLET	3	QL
EASYPOINT NEEDLE 20G 1"	3		ELIQUIS DVT-PE 5 MG STARTER PACK	3	QL
EASYPOINT NEEDLE 20G 1-1/2"	3		ELITE-OB TABLET	1	
EASYPOINT NEEDLE 21G 1"	3		ELLA 30 MG TABLET	4	
EASYPOINT NEEDLE 21G 1-1/2"	3		ELMIRON 100 MG CAPSULE	4	
EASYPOINT NEEDLE 22G 1"	3		ELURYNG VAGINAL RING	2	
EASYPOINT NEEDLE 22G 1-1/2"	3		EMBRACE EVO LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
EASYPOINT NEEDLE 23G 1"	3		EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION HIGH	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 1.5"	3		EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION LOW	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 5/8"	3		EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 1"	3		EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 16MM	3		EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EASYTOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 6MM	3		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
EC-NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
EC-NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2		EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ECONAZOLE 1% CREAM	2		EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET	1		EMBRACE PRO CONTROL SOLUTION	3	
ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1		EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-HIGH(L2)	3	
ED-SPAZ 0.125 MG ODT TABLET	2		EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-LOW(L1)	3	
EDURANT 25 MG TABLET	3		EMCYT 140 MG CAPSULE	5	SRX
EEMT DS 1.25-2.5 MG TABLET	2		EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX
EEMT HS 0.625-1.25 MG TABLET	2		EMGALITY 120 MG/ML PEN	3	PA
EFAVIRENZ 50 MG CAPSULE	2		EMGALITY 100 MG/ML SYRINGE(1 OF 3)	3	PA
EFAVIRENZ 200 MG CAPSULE	2		EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	3	PA
EFAVIRENZ 600 MG TABLET	2		EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYRINGE)	3	PA
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 600-200-300 MG TABLET	4	QL	EMOQUETTE 28 DAY TABLET	1	
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 400-300-300 MG TABLET	3	QL	EMTRICITABINE 200 MG CAPSULE	2	
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 600-300-300 MG TABLET	3	QL	EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG TABLET	2	
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG TABLET	2	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG TABLET	2	
ELEMENT COMPACT SOLUTION HIGH	3		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG TABLET	2	
ELEMENT COMPACT SOLUTION NORMAL	3		EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION HIGH	3		EMVERM 100 MG CHEWABLE TABLET	4	
			EMZAHH 0.35 MG TABLET	1	
			ENALAPRIL 2.5 MG TABLET	1	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ENALAPRIL 5 MG TABLET	1		EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ENALAPRIL 10 MG TABLET	1		EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD
ENALAPRIL 20 MG TABLET	1		EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION PACK	4	PA, LDD
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG TABLET	1		EPIFOAM FOAM	4	
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG TABLET	1		EPINASTINE 0.05% EYE DROPS	2	
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	5	PA, QL, SRX	EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	5	PA, QL, SRX	EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	EPITOL 200 MG TABLET	2	
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	EPLERENONE 25 MG TABLET	2	
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX	EPLERENONE 50 MG TABLET	2	
ENDOCET 2.5-325 MG TABLET	2	PA	EPROSARTAN 600 MG TABLET	2	
ENDOCET 5-325 MG TABLET	2	PA	EQ SPACE CHAMBER	3	QL
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	2	PA	EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
ENDOCET 10-325 MG TABLET	2	PA	EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	4	PA	EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
ENGERIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	3		EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE	3	
ENGERIX-B 20 MCG/ML VIAL	3		EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE	3	
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRINGE	3		EQL INSULIN 1 ML SYRINGE	3	
ENILLORING VAGINAL RING	2		EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
ENLITE SERTER	3		EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ENLYTE SOFTGEL	4		EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX	EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ENOXAPARIN 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX	EQL PEN 8MM 31G 5/16" NEEDLE	3	
ENOXAPARIN 60 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX	ERGOLOID MESYLATES 1 MG TABLET	1	
ENOXAPARIN 80 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX	ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	4	PA
ENOXAPARIN 100 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX	ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ENOXAPARIN 120 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX	ERLOTINIB 25 MG TABLET	5	PA, SRX
ENOXAPARIN 150 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX	ERLOTINIB 100 MG TABLET	5	PA, SRX
ENOXAPARIN 300 MG/3 ML VIAL	5	QL, SRX	ERLOTINIB 150 MG TABLET	5	PA, SRX
ENPRESSE-28 TABLET	1		ERRIN 0.35 MG TABLET	1	
ENSKYCE 28 TABLET	1		ERTACZO 2% CREAM	4	
ENTACAPONE 200 MG TABLET	2		ERY 2% PADS	2	
ENTECAVIR 0.5 MG TABLET	5	SRX	ERYTHROCIN 250 MG TABLET	4	
ENTECAVIR 1 MG TABLET	5	SRX	ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	3	QL	ERYTHROMYCIN 2% GEL	2	
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	3	QL	ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	2	
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	3	QL	ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	3	
ENULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	3	
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX	ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	2	
EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX	ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	2	
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	3		ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	3		ETHYL CHLORIDE SPRAY	2	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	2	QL	ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	2	QL	ETODOLAC 200 MG CAPSULE	2	
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	2	QL	ETODOLAC 300 MG CAPSULE	2	
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC 400 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC 500 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC ER 400 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC ER 500 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC ER 600 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	2	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1		ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	5	SRX
ETAZOLAM 1 MG TABLET	2		ETRAVIRINE 100 MG TABLET	2	
ETAZOLAM 2 MG TABLET	2		ETRAVIRINE 200 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 0.01% CREAM	2		EURAX 10% CREAM	4	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 88 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 100 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 112 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 125 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 137 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 150 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 175 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 200 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1		EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	3	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1		EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	3	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1		EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	2	QL	EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 1 MG TABLET	5	SRX
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	2		EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	2		EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ESZOPICLONE 1 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ESZOPICLONE 2 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ESZOPICLONE 3 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	2		EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	2		EVOLUTION CONTROL SOLUTION NORMAL	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	3		FALMINA-28 TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	3		FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	3		FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	3		FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	3		FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	3		FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	3		FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	3		FARXIGA 5 MG TABLET	3	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	3		FARXIGA 10 MG TABLET	3	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	3		FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	4	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	3		FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	4	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	3		FELBAMATE 600 MG/5 ML SUSPENSION	4	
EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	3		FELBAMATE 400 MG TABLET	4	
EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	3		FELBAMATE 600 MG TABLET	4	
EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	3		FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	3		FELODIPINE ER 5 MG TABLET	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	3		FELODIPINE ER 10 MG TABLET	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	3		FEM PH VAGINAL JELLY	2	
EXEL SYRINGE 20G 1" 3 ML	3		FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 20G 1-1/2" 3 ML	3		FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 21G 1" 3 ML	3		FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 21G 1-1/2" 3 ML	3		FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 22G 1" 3 ML	3		FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 22G 1-1/2" 3 ML	3		FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 22G 3/4" 3 ML	3		FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2	
EXEL SYRINGE 23G 1" 3 ML	3		FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLECAINIDE 150 MG TABLET	2	
FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	3	PA	FLEXICHAMBER	3	QL
FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	3	QL
FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	3	PA	FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	3	QL
FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	3	QL
FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	3	PA	FLOW-EZE VENTED NEEDLE	3	
FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	4	PA	FLUAD	3	
FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	4	PA	FLUARIX	3	
FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	4	PA	FLUBLOK	3	
FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCELVAX	3	
FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 10 MG/ML SUSPENSION	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	2	
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD	FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	2	
FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	4	QL	FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	2	
FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	4	QL	FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	2	
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	4	QL, ST	FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	4	QL, ST	FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	4	
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	4	QL, ST	FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	4	
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	4	QL, ST	FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	2	
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	4	QL, ST	FLULAVAL	3	
FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3		FLUMIST	3	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	2	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	2	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	2	
FIFTY50 PEN 31G 3/16" NEEDLE	3		FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	2	
FIFTY50 PEN 31G 5/16" NEEDLE	3		FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	2	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	2	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	3		FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	2		FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	3	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	2		FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	3	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	2		FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	2		FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	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		FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2		FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2		FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL	FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL	FORA HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL	FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1	3	
FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	FORA LOW CONTROL SOLUTION	3	
FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	2	QL	FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2		FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2		FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2		FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2		FORTISCARE CONTROL SOLUTION HIGH	3	
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2		FORTISCARE CONTROL SOLUTION LOW	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	4		FORTISCARE CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	4		FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	2	
FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	4		FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	3	
FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	2		FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1	
FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	2		FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	2		FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1	
FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	2		FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2	
FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	2		FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
FLUTICASONE 0.05% CREAM	2		FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	4	
FLUTICASONE 0.05% LOTION	2		FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	4	
FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2		FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2		FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	2	QL	FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	2	QL	FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	2	QL	FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	3		FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	5	QL, SRX	GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	2	QL
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	5	QL, SRX	GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	2	QL
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	5	QL, SRX	GALZIN 25 MG CAPSULE	4	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	3		GALZIN 50 MG CAPSULE	4	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	PA, QL	GARDASIL 9 SYRINGE	3	
FREESTYLE LIBRE 3 READER	3	PA, QL	GARDASIL 9 VIAL	3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	PA, QL	GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	3	
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	PA, QL	GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	3	PA, QL	GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	PA, QL	GATTEX 5 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30G 5/16"	3		GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31G 5/16"	3		GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30G 5/16"	3		GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31G 5/16"	3		GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL	GEFITINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1		GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	2	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1		GENERLAC 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1		GENGRAF 25 MG CAPSULE	2	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1		GENGRAF 100 MG CAPSULE	2	
FUZEON 90 MG VIAL	5	SRX	GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	2		GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX
FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	2		GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 0.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 0.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 0.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 0.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 1 MG SYRINGE	5	PA, SRX
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL	GENOTROPIN MINIUICK 1.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	2		GENOTROPIN MINIUICK 1.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	2		GENOTROPIN MINIUICK 1.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	2		GENOTROPIN MINIUICK 1.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		GENOTROPIN MINIUICK 2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	2		GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	2	
GABAPENTIN 600 MG TABLET	2		GENTAMICIN 0.1% CREAM	2	
GABAPENTIN 800 MG TABLET	2		GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2	
GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	2		GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	2	
GALANTAMINE 4 MG TABLET	2		GENVOYA TABLET	4	QL
GALANTAMINE 8 MG TABLET	2		GIANVI 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
GALANTAMINE 12 MG TABLET	2		GILOTRIF 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	2	QL	GILOTRIF 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPAK 31G 5MM	3	
GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM	3	
GLIPIZIDE XL 2.5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM	3	
GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM	3	
GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1		GNP ULTRA COMFORT 0.3ML 29G 1/2"	3	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	2		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	3	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	3	
GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	3	
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	3	QL	GNP ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	3	
GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	3		GNP ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	3	
GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	3		GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYRINGE	3	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	3		GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	3	
GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	3		GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL	3	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	3		GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION-L1	3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3		GRANISETRON 1 MG TABLET	4	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION NORMAL	3		GRANISETRON 0.1 MG/ML VIAL	4	
GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1		GRANISETRON 1 MG/ML VIAL	4	
GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1		GRANISETRON 4 MG/4 ML VIAL	4	
GLYBURIDE 5 MG TABLET	1		GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	4	PA, QL
GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1		GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	3	
GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1		GRISEOFULVIN MICRO 500 MG TABLET	3	
GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1		GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG TABLET	3	
GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	2		GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG TABLET	3	
GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2		GS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2		GS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2		GS PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2		GS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GUANFACINE 2 MG TABLET	2		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GUANFACINE ER 1 MG TABLET	2	QL	HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GUANFACINE ER 2 MG TABLET	2	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G	3	
GUANFACINE ER 3 MG TABLET	2	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G	3	
GUANFACINE ER 4 MG TABLET	2	QL	HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G	3	
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER	3		HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G	3	
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	3		HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G	3	
GUARDIAN RT REPLACE TEST PLUG	3		HEATHER 0.35 MG TABLET	1	
GUARDIAN TEST PLUG	3		HEB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/17	3	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	3		HEMA-COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
GYNAZOLE 1 2% CREAM	3		HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOSITORY	2	
HAILEY 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		HEMMOREX-HC 30 MG SUPPOSITORY	2	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML INJECTION	2	
HAILEY FE 1-20 TABLET	1		HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2	
HAILEY FE 1.5-30 TABLET	1		HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
HALCINONIDE 0.1% CREAM	4		HER STYLE 1.5 MG TABLET	1	
HALOBETASOL 0.05% CREAM	2		HIBERIX VACCINE VIAL	3	
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2		HIBERIX VIAL AND DILUENT SYRINGE	3	
HALOETTE VAGINAL RING	2		HIBERIX VIAL WITH DILUENT VIAL	3	
HALOPERIDOL 0.5 MG TABLET	2		HM ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
HALOPERIDOL 1 MG TABLET	2		HM ULTICARE PEN NEEDLE 5MM 31G	3	
HALOPERIDOL 2 MG TABLET	2		HM ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
HALOPERIDOL 5 MG TABLET	2		HM ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
HALOPERIDOL 10 MG TABLET	2		HOMATROPAIRE 5% EYE DROPS	2	
HALOPERIDOL 20 MG TABLET	2		HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	3	QL
HALOPERIDOL LACTATE 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
HALOPERIDOL LACTATE 10 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2		HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX	HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	5	PA, QL, SRX	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL
HARVONI 45-200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL
HARVONI 90-400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	HUMALOG MIX 50-50 VIAL	3	QL
HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE	3		HUMALOG MIX 75-25 VIAL	3	QL
HAVRIX 1,440 UNIT/ML SYRINGE	3		HUMALOG TEMPO PEN 100 UNIT/ML	3	QL
HEALTHPRO CONTROL SOLUTION-L1, L3	3		HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	3		HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3		HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	5	PA, QL, SRX
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	3		HUMIRA PEN PSOR-UVEITIS-ADOL HS 40 MG	5	PA, QL, SRX
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	3		HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300 MG TABLET	2	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80 MG/0.8	5	PA, QL, LDD, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80-40 MG	5	PA, QL, LDD, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG TABLET	2	PA
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER SUSPENSION	2	
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 80 MG	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG TABLET	2	QL
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG	5	PA, QL, LDD, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UV-ADOL HS 80-40	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE ORAL SOLUTION	2	QL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-IBUPROFEN 5-200 MG TABLET	2	PA
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5 MG-200 MG TABLET	2	PA
HUMULIN R 500 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-IBUPROFEN 10 MG-200 MG TABLET	2	PA
HUMULIN 70-30 VIAL	3	QL	HYDROCORTISONE 1% CREAM	2	
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2	
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	3	QL	HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	2	
HUMULIN R 500 UNIT/ML VIAL	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2		HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG CAPSULE	1		HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	3	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	3	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG TABLET	1		HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	
HYDROCODONE ER 20 MG TABLET	2	PA	HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	2	
HYDROCODONE ER 30 MG TABLET	2	PA	HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	2	
HYDROCODONE ER 40 MG TABLET	2	PA	HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	2	
HYDROCODONE ER 60 MG TABLET	2	PA	HYDROCORTISONE-ACETIC EAR DROPS	2	
HYDROCODONE ER 80 MG TABLET	2	PA	HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
HYDROCODONE ER 100 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	PA
HYDROCODONE ER 120 MG TABLET	2	PA	HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-108MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-217 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	PA	HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	PA	HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	PA	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	PA
			HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	2	PA
			HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	2	PA
			HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	2	PA
			HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	2	PA

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	2		ICLUSIG 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	2		ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		ICOSAPENT ETHYL 1 GRAM CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2		ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2		ILARIS 150 MG/ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2		ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6 MM	3	
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2		ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23"6MM	3	
HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	2		IMATINIB 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	2		IMATINIB 400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2		IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOPHEN TABLET	2		IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	2		IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2		IMBRUVICA 140 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2		IMBRUVICA 280 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2		IMBRUVICA 420 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2		IMBRUVICA 560 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	2		IMIPRAMINE 10 MG TABLET	2	
HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	2		IMIPRAMINE 25 MG TABLET	2	
HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2		IMIPRAMINE 50 MG TABLET	2	
HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	2		IMIPRAMINE PAMOATE 75 MG CAPSULE	3	
HYPONEDLE,POLYPROPYL HUB	3		IMIPRAMINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	3	
HYPONEDMIC NEEDLE,ALUM HUB	3		IMIPRAMINE PAMOATE 125 MG CAPSULE	3	
IBANDRONATE 150 MG TABLET	2		IMIPRAMINE PAMOATE 150 MG CAPSULE	3	
IBRANCE 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2	
IBRANCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	INCASSIA 0.35 MG TABLET	1	
IBRANCE 125 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	IN-CHECK NASAL WITH MASK	3	
IBRANCE 75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	IN-CHECK ORAL FLOW METER	3	
IBRANCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
IBRANCE 125 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G	3	
IBU 400 MG TABLET	1		INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
IBU 600 MG TABLET	1		INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
IBU 800 MG TABLET	1		INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G	3	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1		INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1		INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1		INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
INDOMETHACIN ER 75 MG CAPSULE	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
INFANRIX DTAP SYRINGE	3		INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
INFANRIX DTAP VIAL	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 13MM	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 13MM	3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LVL 2	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
INJECT-EASE SYRINGE NEEDLE INTRODUCER	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
INLYTA 1 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
INLYTA 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY	3		INSULIN-EZE SYRINGE MAGNIFIER	3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK	3		INSUPEN 30G ULTRAFINE NEEDLE	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	3		INSUPEN 31G ULTRAFINE NEEDLE	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	3		INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	3		INSUPEN PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
INSUL-CAP INSULIN HOLDER	3		INSUPEN PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
INSULIN 3/10 ML SYRINGE	3		INSUPEN PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
INSULIN 1/2 ML SYRINGE	3		INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
INSULIN 1 ML SYRINGE	3		INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CARTRIDGE	4	QL, ST	INSUPEN PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN	4	QL, ST	INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST	INSUPEN PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 PEN	4	QL, ST	INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST	INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
INSULIN CARTRIDGE 3 ML	3		INSUPEN PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	3	QL	INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		INSUPEN PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		INSUPEN PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		INTELENCE 25 MG TABLET	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		IPOL VIAL	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3		IPRATROPIUM 0.02% INHALATION SOLUTION	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		IPRATROPIUM 0.03% NASAL SPRAY	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		IPRATROPIUM 0.06% NASAL SPRAY	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3		IPRATROPIUM-ALBUTEROL 0.5-3(2.5) MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 13MM	3		IRBESARTAN 75 MG TABLET	1	
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				

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	3		JANTOVEN 3 MG TABLET	1	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	3		JANTOVEN 4 MG TABLET	1	
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET	3		JANTOVEN 5 MG TABLET	1	
ISENTRESS 400 MG TABLET	2		JANTOVEN 6 MG TABLET	1	
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	2		JANTOVEN 7.5 MG TABLET	1	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	1		JANTOVEN 10 MG TABLET	1	
ISONIAZID 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		JANUMET 50-500 MG TABLET	3	QL
ISONIAZID 100 MG TABLET	1		JANUMET 50-1,000 MG TABLET	3	QL
ISONIAZID 300 MG TABLET	1		JANUMET XR 50-500 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2		JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2		JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2		JANUVIA 25 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2		JANUVIA 50 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE 10 MG TABLET	1		JANUVIA 100 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE 20 MG TABLET	1		JARDIANCE 10 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1		JARDIANCE 25 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1		JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG TABLET	2		JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1	
ISOTRETINOIN 10 MG CAPSULE	4		JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	3	QL
ISOTRETINOIN 20 MG CAPSULE	4		JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	3	QL
ISOTRETINOIN 30 MG CAPSULE	4		JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	3	QL
ISOTRETINOIN 40 MG CAPSULE	4		JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
ISOXSUPRINE 10 MG TABLET	2		JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
ISOXSUPRINE 20 MG TABLET	2		JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	2	
ISRADIPINE 2.5 MG CAPSULE	2		JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
ISRADIPINE 5 MG CAPSULE	2		JOYEAX-28 TABLET	1	
ITRACONAZOLE 100 MG CAPSULE	3	QL	JULEBER 28 DAY TABLET	1	
ITRACONAZOLE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3		JULUCA 50-25 MG TABLET	4	QL
ITRACONAZOLE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3		JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1	
IVERMECTIN 0.5% LOTION	4		JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
IVERMECTIN 3 MG TABLET	2	PA	JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
JAKAFI 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	JUNEL FE 24 TABLET	1	
JAKAFI 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEWABLE TABLET	1	
JAKAFI 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	KALLIGA 28 DAY TABLET	1	
JAKAFI 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	KARIVA 28 DAY TABLET	1	
JAKAFI 25 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	KELNOR 1-35 28 TABLET	1	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
KETONE TEST STRIP	3		KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	3		KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	3		KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	3		KURVELO-28 TABLET	1	
KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	2		LABETALOL 100 MG TABLET	2	
KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	2		LABETALOL 200 MG TABLET	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LABETALOL 300 MG TABLET	2	
KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	3		LABSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX	LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 50 MG TABLET	3	QL
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	3		LACOSAMIDE 100 MG TABLET	3	QL
KINRIX VIAL	3		LACOSAMIDE 150 MG TABLET	3	QL
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	2		LACOSAMIDE 200 MG TABLET	3	QL
KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX	LACRISERT 5 MG EYE INSERT	4	
KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX	LACTATED RINGERS IRRIGATION	2	
KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX	LACTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	2		LACTULOSE 20 GM/30 ML ORAL SOLUTION	2	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	2		LAMIVUDINE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	2		LAMIVUDINE 150 MG TABLET	2	
KLOR-CON 20 MEQ PACKET	2		LAMIVUDINE 300 MG TABLET	2	
KLOR-CON M10 TABLET	2		LAMIVUDINE HBV 100 MG TABLET	2	
KLOR-CON M15 TABLET	4		LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	2	
KLOR-CON M20 TABLET	2		LAMOTRIGINE 5 MG DISPERSIBLE TABLET	2	
KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	3		LAMOTRIGINE 25 MG DISPERSIBLE TABLET	2	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	2		LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	2	
K-PHOS #2 TABLET	4		LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	2	
K-PHOS ORIGINAL TABLET	4		LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	2	
KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	2	
KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ER 25 MG TABLET	3	
KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		LAMOTRIGINE ER 50 MG TABLET	3	
KRO PEN NEEDLE 4MM 32G	3		LAMOTRIGINE ER 100 MG TABLET	3	
KRO PEN NEEDLE 4MM 33G	3		LAMOTRIGINE ER 200 MG TABLET	3	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LAMOTRIGINE ODT 200 MG TABLET	3		LENALIDOMIDE 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (BLUE)	2		LENALIDOMIDE 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (GREEN)	2		LENVIMA 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (ORANGE)	2		LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-BLUE	2		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-GREEN	2		LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-ORANGE	2		LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	3		LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANTHANUM 500 MG CHEWABLE TABLET	4		LESSINA-28 TABLET	1	
LANTHANUM 750 MG CHEWABLE TABLET	4		LETROZOLE 2.5 MG TABLET	2	
LANTHANUM 1,000 MG CHEWABLE TABLET	4		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
LAPATINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
LARIN 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
LARIN 21 1-20 TABLET	1		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	
LARIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		LEUKERAN 2 MG TABLET	4	
LARIN FE 1-20 TABLET	1		LEUKINE 250 MCG VIAL	5	SRX
LARIN FE 1.5-30 TABLET	1		LEUPROLIDE 2 WEEK 14 MG/2.8 ML KIT	5	PA, SRX
LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2		LEVALBUTEROL 0.31 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	4		LEVALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		LEVALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		LEVALBUTEROL CONCENTRATE 1.25 MG/0.5 INHALATION SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		LEVALBUTEROL TARTRATE HFA 45 MCG INHALER	2	QL
LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		LEVETIRACETAM 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3		LEVETIRACETAM 1,000 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	
LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2	
LEADER PEN NEEDLE 12MM 29G	3		LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
LEADER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		LEVETIRACETAM ER 500 MG TABLET	2	
LEADER SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		LEVETIRACETAM ER 750 MG TABLET	2	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400MG TABLET	5	PA, QL, SRX	LEVOBUNOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
LEENA 28 TABLET	1		LEVOCARNITINE 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LEFLUNOMIDE 10 MG TABLET	2		LEVOCARNITINE 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LEFLUNOMIDE 20 MG TABLET	2		LEVOCARNITINE SF 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LENALIDOMIDE 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2	
LENALIDOMIDE 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LENALIDOMIDE 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2	
LENALIDOMIDE 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX			

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 1.5% EYE DROPS	2		LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2		LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1	
LEVONEST-28 TABLET	1		LEVOXYL 25 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL 1.5 MG TABLET	1		LEVOXYL 50 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL 0.15 MG-ETHINYL ESTRADIOL 20-25-30 MCG TABLET	1		LEVOXYL 75 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.09-0.02 MG TABLET	1		LEVOXYL 88 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02 MG TABLET	1		LEVOXYL 100 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02-0.01 TABLET	1		LEVOXYL 112 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 TABLET	1		LEVOXYL 125 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03-0.01 TABLET	1		LEVOXYL 137 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TRIPHASIC TABLET	1		LEVOXYL 150 MCG TABLET	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE BIS 0.1-0.02-36 TABLET	1		LEVOXYL 175 MCG TABLET	2	
LEVORA-28 TABLET	1		LEVOXYL 200 MCG TABLET	2	
LEVORPHANOL 2 MG TABLET	5	PA, SRX	LEVULAN KERASTICK 20%	4	
LEVORPHANOL 3 MG TABLET	5	PA, SRX	LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3	
LEVO-T 25 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 2% JELLY	2	
LEVO-T 50 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2	
LEVO-T 75 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	2	
LEVO-T 88 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL
LEVO-T 100 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 2% VISCOUS ORAL SOLUTION	2	
LEVO-T 112 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 5% PATCH	2	
LEVO-T 125 MCG TABLET	1		LIDOCAINE 4% SOLUTION	2	
LEVO-T 137 MCG TABLET	1		LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM	2	
LEVO-T 150 MCG TABLET	1		LIDOCAN III 5% PATCH	2	
LEVO-T 175 MCG TABLET	1		LIDOCAN IV 5% PATCH	2	
LEVO-T 200 MCG TABLET	1		LIDOCAN V 5% PATCH	2	
LEVO-T 300 MCG TABLET	1		LIFESHIELD BLUNT CANNULA	3	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1		LINDANE 1% SHAMPOO	2	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1		LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	4	PA
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1		LINEZOLID 600 MG TABLET	3	PA
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1		LINZESS 72 MCG CAPSULE	4	QL
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LINZESS 145 MCG CAPSULE	4	QL
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LINZESS 290 MCG CAPSULE	4	QL
			LIOthyronine 5 MCG TABLET	2	
			LIOthyronine 25 MCG TABLET	2	
			LIOthyronine 50 MCG TABLET	2	
			LISDEXAMFETAMINE 10 MG CAPSULE	2	PA, QL

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM 8 MEQ/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 150 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 300 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 50 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 600 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 60 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 300 MG TABLET	1	
LISDEXAMFETAMINE 70 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE ER 300 MG TABLET	2	
LISDEXAMFETAMINE 10 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE ER 450 MG TABLET	2	
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LITHOSTAT 250 MG TABLET	4	
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LIVE BETTER PEN NEEDLE 8MM	3	
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	3	
LISDEXAMFETAMINE 50 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LISDEXAMFETAMINE 60 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	4	
LISINOPRIL 2.5 MG TABLET	1		LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	4	
LISINOPRIL 5 MG TABLET	1		LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	5	PA, SRX, LDD
LISINOPRIL 10 MG TABLET	1		LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	5	PA, SRX, LDD
LISINOPRIL 20 MG TABLET	1		LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2	
LISINOPRIL 30 MG TABLET	1		LOPINAVIR-RITONAVIR 80-20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
LISINOPRIL 40 MG TABLET	1		LOPINAVIR-RITONAVIR 100-25 MG TABLET	2	
LISINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1		LOPINAVIR-RITONAVIR 200-50 MG TABLET	2	
LISINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LISINOPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1		LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LITE TOUCH 31G 1/4" PEN NEEDLE	3		LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYRINGE	3		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	3		LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML ELIXIR	2	PA
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G	3		LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G	3		LOSARTAN 25 MG TABLET	1	
LITEAIRE MDI CHAMBER	3	QL	LOSARTAN 50 MG TABLET	1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		LOSARTAN 100 MG TABLET	1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG TABLET	1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG TABLET	1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG TABLET	1	
LITETOUCH LARGE MASK	3	QL	LOTEPREDNOL 0.5% DROPS	3	
LITETOUCH MEDIUM MASK	3	QL	LOTEPREDNOL 0.5% EYE GEL	3	
LITETOUCH SMALL MASK	3	QL	LOVASTATIN 10 MG TABLET	1	
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		LOVASTATIN 20 MG TABLET	1	
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		LOVASTATIN 40 MG TABLET	1	
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		LOW-OGESTREL-28 TABLET	1	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3		LOXAPINE 5 MG CAPSULE	2	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		LOXAPINE 10 MG CAPSULE	2	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		LOXAPINE 25 MG CAPSULE	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LOXAPINE 50 MG CAPSULE	2		MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	2	
LO-ZUMANDIMINE 3 MG-0.02 MG TABLET	1		MEDICATION TRANSFER NEEDLE	3	
LUBIPROSTONE 8 MCG CAPSULE	4		MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	3	
LUBIPROSTONE 24 MCG CAPSULE	4		MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 20 MG TABLET	4	QL	MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 40 MG TABLET	4	QL	MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 60 MG TABLET	4	QL	MEDPOINT CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 80 MG TABLET	4	QL	MEDROL 2 MG TABLET	4	
LURASIDONE 120 MG TABLET	4	QL	MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1	
LUTERA-28 TABLET	1		MEDROXYPROGESTERONE 5 MG TABLET	1	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	1		MEDROXYPROGESTERONE 10 MG TABLET	1	
LYLLANA 0.025 MG PATCH	2	QL	MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML	1	
LYLLANA 0.0375 MG PATCH	2	QL	MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 6MM	3	
LYLLANA 0.05 MG PATCH	2	QL	MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 9MM	3	
LYLLANA 0.075 MG PATCH	2	QL	MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 9MM	3	
LYLLANA 0.1 MG PATCH	2	QL	MEDTRONIC REMOTE CONTROL	3	
LYNPARZA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	MEFENAMIC ACID 250 MG CAPSULE	3	
LYNPARZA 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	MEFLOQUINE 250 MG TABLET	2	QL
LYSODREN 500 MG TABLET	4	LDD	MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2	
LYZA 0.35 MG TABLET	1		MEGESTROL 400 MG/10 ML SUSPENSION	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		MEGESTROL 20 MG TABLET	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	3		MEGESTROL 40 MG TABLET	2	
MALATHION 0.5% LOTION	3		MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX
MARLISSA-28 TABLET	1		MEKINIST 0.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
MARPLAN 10 MG TABLET	4		MEKINIST 2 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
MATZIM LA 180 MG TABLET	2		MELODETTA 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
MATZIM LA 240 MG TABLET	2		MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1	
MATZIM LA 300 MG TABLET	2		MELOXICAM 15 MG TABLET	1	
MATZIM LA 360 MG TABLET	2		MEMANTINE 2 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MEPERIDINE 50 MG TABLET	3	PA	METHSUXIMIDE 300 MG CAPSULE	4	
MEPROBAMATE 200 MG TABLET	3		METHYLDOPA 250 MG TABLET	2	
MEPROBAMATE 400 MG TABLET	3		METHYLDOPA 500 MG TABLET	2	
MERCAPTOPYRINE 50 MG TABLET	2		METHYLDOPA-HCTZ 250-15 MG TABLET	2	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		METHYLDOPA-HCTZ 250-25 MG TABLET	2	
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA	4		METHYLERGONOVINE 0.2 MG TABLET	4	
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA KIT	4		METHYLPHENIDATE 2.5 MG CHEWABLE TABLET	2	QL
MESALAMINE 800 MG DR TABLET	4		METHYLPHENIDATE 5 MG CHEWABLE TABLET	2	QL
MESALAMINE ER 0.375 GRAM CAPSULE	3		METHYLPHENIDATE 10 MG CHEWABLE TABLET	2	QL
MESALAMINE ER 500 MG CAPSULE	4		METHYLPHENIDATE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX	METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
METAXALL 800 MG TABLET	4		METHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL
METAXALONE 400 MG TABLET	4		METHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL
METAXALONE 800 MG TABLET	4		METHYLPHENIDATE 20 MG TABLET	2	QL
METFORMIN 500 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE CD 10 MG CAPSULE	3	QL
METFORMIN 850 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE CD 20 MG CAPSULE	3	QL
METFORMIN 1,000 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE CD 30 MG CAPSULE	3	QL
METFORMIN ER 500 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE CD 40 MG CAPSULE	3	QL
METFORMIN ER 750 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE CD 50 MG CAPSULE	3	QL
METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA	METHYLPHENIDATE CD 60 MG CAPSULE	3	QL
METHADONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL
METHADONE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL
METHADONE 5 MG TABLET	2	PA	METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
METHADONE 10 MG TABLET	2	PA	METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
METHADONE INTENSOL 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA	METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
METHAMPHETAMINE 5 MG TABLET	4	QL	METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
METHAZOLAMIDE 25 MG TABLET	3		METHYLPHENIDATE ER(CD) 10MG CAPSULE	3	QL
METHAZOLAMIDE 50 MG TABLET	3		METHYLPHENIDATE ER(CD) 20MG CAPSULE	3	QL
METHENAMINE HIPPURATE 1 GM TABLET	2		METHYLPHENIDATE ER(CD) 30MG CAPSULE	3	QL
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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHYLPREDNISOLONE 4 MG DOSEPACK	2	SRX	MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	QL
METHYLPREDNISOLONE 4 MG TABLET	2		MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
METHYLPREDNISOLONE 8 MG TABLET	2		MICRODOT PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
METHYLPREDNISOLONE 16 MG TABLET	2		MICRODOT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
METHYLPREDNISOLONE 32 MG TABLET	2		MICRODOT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
METHYLTESTOSTERONE 10 MG CAPSULE	5		MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2		MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1		MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1		MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1	
METOLAZONE 2.5 MG TABLET	2		MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	
METOLAZONE 5 MG TABLET	2		MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	
METOLAZONE 10 MG TABLET	2		MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2		MIDAZOLAM 5 MG/2.5 ML SYRUP	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2		MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 100 MG TABLET	2	PA, SRX	MIDODRINE 2.5 MG TABLET	2	PA, SRX
METOPROLOL SUCCINATE ER 200 MG TABLET	2		MIDODRINE 5 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 25 MG TABLET	1		MIDODRINE 10 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG TABLET	2		MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	4	
METOPROLOL TARTRATE 50 MG TABLET	1		MIGLITOL 25 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 75 MG TABLET	2		MIGLITOL 50 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	1		MIGLITOL 100 MG TABLET	2	
METOPROLOL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2		MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	5	
METOPROLOL-HCTZ 100-25 MG TABLET	2		MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1	
METOPROLOL-HCTZ 100-50 MG TABLET	2		MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	2	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2		MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2		MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2		MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2		MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2	PA, SRX	MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	3	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	3	
METYROSINE 250 MG CAPSULE	5		MINIMED INFUSION SET	3	
MEXILETINE 150 MG CAPSULE	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"6MM	3	
MEXILETINE 200 MG CAPSULE	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"9MM	3	
MEXILETINE 250 MG CAPSULE	2		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"6MM	3	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1		MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"9MM	3	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2		MINIMED MIO INFUSION SET 18" 6MM	3	
MICROCHAMBER	3	QL	MINIMED MIO INFUSION SET 23" 6MM	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MINIMED MIO INFUSION SET 32" 6MM	3		MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	2	
MINIMED MIO INFUSION SET 32" 9MM	3		MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	3		MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	3		MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	3		MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	3		M-M-R II VACCINE VIAL	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	3		M-NATAL PLUS TABLET	1	
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	3		MODAFINIL 100 MG TABLET	4	PA
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	3		MODAFINIL 200 MG TABLET	4	PA
MINIMED QUICK-SERTER	3		MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	3		MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	3		MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	3		MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3		MODERNA COVID 23-24 (6M-11Y) EUA	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	3		MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	3		MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	3		MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	3		MOEXIPRIL 15 MG TABLET	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	3		MOLINDONE 5 MG TABLET	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	3		MOLINDONE 10 MG TABLET	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	3		MOLINDONE 25 MG TABLET	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	3		MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	3		MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2	QL
MINITRAN 0.1 MG/HR PATCH	2		MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
MINITRAN 0.2 MG/HR PATCH	2		MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2	
MINITRAN 0.4 MG/HR PATCH	2		MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2	
MINITRAN 0.6 MG/HR PATCH	2		MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MONOJECT 6 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	3		MONTELUKAST 5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	3		MONTELUKAST 4 MG GRANULE	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	3		MONTELUKAST 10 MG TABLET	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	3		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	3		MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	3		MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT FILTER 18G 1.5" NEEDLE	3		MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	3		MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18 1A"	3		MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1"	3		MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1-1/2"	3		MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1"	3		MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1-1/2"	3		MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1"	3		MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1-1/2"	3		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1"	3		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1.5"	3		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23 1"	3		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1"	3		MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1.5"	3		MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 5/8"	3		MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26 1.5"	3		MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27 0.5"	3		MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1-1/2"	3		MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30 3/4"	3		MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3		MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	3		MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	3		MORPHINE ER 15 MG TABLET	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3		MORPHINE ER 30 MG TABLET	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3		MORPHINE ER 60 MG TABLET	2	PA
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	3		MORPHINE ER 100 MG TABLET	2	PA
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	3		MORPHINE ER 200 MG TABLET	2	PA
MONOJECT SYRINGE 1 ML	3		MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	PA
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3		MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	PA
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1-1/2"	3		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	3		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3		MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MONO-LINYAH 28 TABLET	1		MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
MONTELUKAST 4 MG CHEWABLE TABLET	2		MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		MYTESI 125 MG DR TABLET	4	LDD
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		NABUMETONE 500 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		NABUMETONE 750 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		NADOLOL 20 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		NADOLOL 40 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		NADOLOL 80 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		NAFTIFINE 1% CREAM	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		NAFTIFINE 2% CREAM	3	
MS PEN NEEDLE 6MM 31G	3		NAFTIFINE 2% GEL	3	
MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	3		NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2	
MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	3		NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	2	QL
MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	3		NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	2	
MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	3		NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2	
MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	3		NALTREXONE 50 MG TABLET	2	QL
MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	3		NAPROXEN 500 MG KIT	1	
MULTISTIX 5 TEST STRIP	3		NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN 275 MG TABLET	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN 375 MG TABLET	1	
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2		NAPROXEN 500 MG TABLET	1	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		NAPROXEN 550 MG TABLET	2	
MUPIROCIN 2% CREAM	2		NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2	
MUPIROCIN 2% OINTMENT	2		NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2	
MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1		NARATRIPTAN 1 MG TABLET	2	QL
MY WAY 1.5 MG TABLET	1		NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2		NATACYN 5% EYE DROPS	4	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2		NATAZIA 28 TABLET	4	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NATEGLINIDE 60 MG TABLET	2	
MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	2		NATEGLINIDE 120 MG TABLET	2	
MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	2		NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	5	PA, QL, SRX
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	3		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MYLERAN 2 MG TABLET	4		NECON 0.5-35-28 TABLET	1	
MYNATAL CAPSULE	1		NEFAZODONE 50 MG TABLET	2	
MYNATAL PLUS CAPTAB	1		NEFAZODONE 100 MG TABLET	2	
MYNATAL ULTRACAPLET	1		NEFAZODONE 150 MG TABLET	2	
MYNATAL-Z CAPTAB	1		NEFAZODONE 200 MG TABLET	2	
MYORISAN 10 MG CAPSULE	4		NEFAZODONE 250 MG TABLET	2	
MYORISAN 20 MG CAPSULE	4		NEOMYCIN 500 MG TABLET	2	
MYORISAN 30 MG CAPSULE	4		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
MYORISAN 40 MG CAPSULE	4		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	2	
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	4	QL, ST	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	2	
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	4	QL, ST	NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2		NINLARO 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	2		NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	2	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	2		NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	2	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	2		NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	2	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	2		NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	2	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	2		NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	2	QL
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	2		NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	2	QL
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	2		NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	2	QL
NEUAC GEL	2		NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	4	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX	NITRO-BID 2% OINTMENT	2	
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	5	PA, SRX	NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4	
NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	4		NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	2	
NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	4		NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1	
NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	4		NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	4		NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	4		NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	4	
NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	4		NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	2	
NEVANAC 0.1% EYE DROPS	4		NITROGLYCERIN 0.2 MG/HR PATCH	2	
NEVIRAPINE 50 MG/5 ML SUSPENSION	2		NITROGLYCERIN 0.4 MG/HR PATCH	2	
NEVIRAPINE 200 MG TABLET	2		NITROGLYCERIN 0.6 MG/HR PATCH	2	
NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	2		NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2	
NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	2		NITROGLYCERIN 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
NEW DAY 1.5 MG TABLET	1		NITROGLYCERIN 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
NEWGEN TABLET	1		NITROGLYCERIN 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
NIACIN ER 500 MG TABLET	2		NITRO-TIME ER 2.5 MG CAPSULE	2	
NIACIN ER 750 MG TABLET	2		NITRO-TIME ER 6.5 MG CAPSULE	2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	2		NITRO-TIME ER 9 MG CAPSULE	2	
NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	3		NIVA THYROID 15 MG TABLET	2	
NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	3		NIVA THYROID 30 MG TABLET	2	
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	4		NIVA THYROID 60 MG TABLET	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	4		NIVA THYROID 90 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	2		NIVA THYROID 120 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	2		NIVA-PLUS TABLET	1	
NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	2		NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX
NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	2		NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX
NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	2		NIVESTYM 300 MCG/ML VIAL	5	SRX
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1		NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML VIAL	5	SRX
NILUTAMIDE 150 MG TABLET	5	SRX	NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	2	
NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	4		NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	2	
NINLARO 2.3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	NOLIX 0.05% CREAM	4	
NINLARO 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	NOLIX 0.05% LOTION	4	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NORA-BE TABLET	1		NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJ(EUA)	3	
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL 150-35 MCG/ DAY PATCH	1		NOVOFINE 32G NEEDLE	3	
NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1		NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3	
NORETHINDRONE 5 MG TABLET	2		NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 1/6"	3	
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.4-0.035(21)-75 CHEWABLE TABLET	1		NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN	4	QL, ST
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1		NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 TABLET	2		NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG TABLET	1		NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG TABLET	2		NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	4	QL, ST
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1		NOVOPEN ECHO INSULIN DEVICE	3	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CAPSULE	1		NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1		NP THYROID 15 MG TABLET	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(21)-75 TABLET	1		NP THYROID 30 MG TABLET	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1 MG/20-30- 35 MCG TABLET	1		NP THYROID 60 MG TABLET	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1.5-0.03 MG(21)-75 TABLET	1		NP THYROID 90 MG TABLET	2	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215- 0.25/0.025 TABLET	1		NP THYROID 120 MG TABLET	2	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215- 0.25/0.035 TABLET	1		NUCYNTA 50 MG TABLET	4	PA
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.25-0.035 MG TABLET	1		NUCYNTA 75 MG TABLET	4	PA
NORLYDA 0.35 MG TABLET	1		NUCYNTA 100 MG TABLET	4	PA
NORPACE CR 100 MG CAPSULE	4		NUCYNTA ER 50 MG TABLET	4	PA
NORPACE CR 150 MG CAPSULE	4		NUCYNTA ER 100 MG TABLET	4	PA
NORTREL 0.5-35-28 TABLET	1		NUCYNTA ER 150 MG TABLET	4	PA
NORTREL 1-35 21 TABLET	1		NUCYNTA ER 200 MG TABLET	4	PA
NORTREL 1-35 28 TABLET	1		NUCYNTA ER 250 MG TABLET	4	PA
NORTREL 7-7-7-28 TABLET	1		NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	4	PA, QL
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1		NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1		NYLIA 1-35 28 TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1		NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1		NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	2	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3		NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	2	
NOVAVAX COVID VIAL (EUA)	3		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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	3	PA	OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	3	PA	OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	3	PA	OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	3	PA	OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	3	PA	OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	3	PA	OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	3	PA	OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2	
OCTREOTIDE 100 MCG/ML VIAL	3	PA	OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
OCTREOTIDE 200 MCG/ML VIAL	3	PA	OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	
OCTREOTIDE 500 MCG/ML VIAL	3	PA	OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL
OCTREOTIDE 1,000 MCG/ML VIAL	3	PA	OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA	OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL
ODEFSEY TABLET	4	QL	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL
ODOMZO 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	3	QL
OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	2		OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	3	QL
OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2		OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) 5 PACK	3	QL
OFLOXACIN 300 MG TABLET	2		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	QL
OFLOXACIN 400 MG TABLET	2		OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 5 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 10 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 15 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE 20 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 5 MG TABLET	2		OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	3	QL
OLANZAPINE ODT 10 MG TABLET	2		ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	3	
OLANZAPINE ODT 15 MG TABLET	2		ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	3	
OLANZAPINE ODT 20 MG TABLET	2		ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON 4 MG TABLET	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON 8 MG TABLET	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON ODT 4 MG TABLET	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	2		ONDANSETRON ODT 8 MG TABLET	2	
OLMESARTAN 5 MG TABLET	2		ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	3	QL
OLMESARTAN 20 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCET	3	
OLMESARTAN 40 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCET	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	2		ONETOUCH DELICA SAFETY 30G LANCETS	3	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	2		ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT	1	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3		ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3		ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION	3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	3		ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3		ONETOUCH ULTRASOFT2 30G LANCETS	3	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1		ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION	3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION	3		ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3		OPCICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL	OPIUM TINCTURE 10 MG/ML	3	PA
OPTICAMBER ADULT MASK-LARGE	3	QL	OPTICAMBER DIAMOND VHC	3	QL
OPTICAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	3	QL	OPTICAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	3	QL
OPTICAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	3	QL	OPTION 2 1.5 MG TABLET	1	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	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	ORALONE 0.1% DENTAL PASTE	2	
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	5	PA, QL, SRX	ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2		ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	5	PA, QL, SRX
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2		ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2	
OSCIMIN SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2		OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2	
OSCIMIN SR 0.375 MG TABLET	2		OSCIMIN SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	2	QL	OSCIMIN SR 0.375 MG TABLET	2	
OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	2	QL	OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	2	QL	OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 6 MG/ML SUSPENSION	2	QL	OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	2	QL
OSMOPREP TABLET	4		OSELTAMIVIR 6 MG/ML SUSPENSION	2	QL
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	5	PA, QL, SRX	OSMOPREP TABLET	4	
OTEZLA 30 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	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	
			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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN	3	PA, QL	PEDIATRIC MEDIUM MASK	3	QL
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	3	PA, QL	PEDIATRIC PANDA MASK	3	QL
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA, QL	PEDIATRIC SMALL MASK	3	QL
PACERONE 200 MG TABLET	2		PEDIATRIC MOUTHPIECE	3	QL
PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	4		PEDVAXHIB VACCINE VIAL	3	
PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	4		PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	2	
PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	4		PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	2	
PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	4		PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	2	
PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	3		PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX
PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	3		PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	3		PEG-PREP KIT	2	
PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
PANDA MASK LARGE	3	QL	PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PENTIP PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		PHENELZINE 15 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3		PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 6MM	3		PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 8MM	3		PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3		PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 6MM	3		PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	2	
PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	2		PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 2 MG TABLET	2		PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 4 MG TABLET	2		PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	5	SRX
PERINDOPRIL 8 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	
PERMETHRIN 5% CREAM	2		PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	2	
PERPHENAZINE 2 MG TABLET	2		PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	2	
PERPHENAZINE 4 MG TABLET	2		PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	2	
PERPHENAZINE 8 MG TABLET	2		PHENYTOIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
PERPHENAZINE 16 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	2		PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	2		PHOSLYRA 667 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	2		PHOSPHASAL TABLET	2	
PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	3		PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% EYE DROPS	4	LDD
PFIZER COVID (6M-4Y)VAC-MAROON	3		PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	4	
PFIZER COVID (5-11Y) VAC-ORANGE	3		PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4	
PFIZER COVID (12Y UP) VAC-GRAY	3		PIKO 1 FLOW METER	3	
PFIZER COVID (6M-4Y)EUA	3		PILOCARPINE 1% EYE DROPS	2	
PFIZER COVID (5-11Y)EUA	3		PILOCARPINE 2% EYE DROPS	2	
PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y)EUA	3		PILOCARPINE 4% EYE DROPS	2	
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR)EUA	3		PILOCARPINE 5 MG TABLET	2	
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP)EUA	3		PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	2	
PFIZER COVID-19 VACCINE-PURPLE	3		PIMECROLIMUS 1% CREAM	4	
PHASEAL PROTECTOR 14	3		PIMOZIDE 1 MG TABLET	2	
PHASEAL PROTECTOR 21	3		PIMOZIDE 2 MG TABLET	2	
PHASEAL PROTECTOR 28	3		PIMTREA 28 DAY TABLET	1	
PHASEAL PROTECTOR 50	3		PINDOLOL 5 MG TABLET	2	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	2		PINDOLOL 10 MG TABLET	2	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	2		PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	3	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2		POLYCIN EYE OINTMENT	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	2		POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	2		POMALYST 1 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	2		POMALYST 2 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	2		POMALYST 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2	3		POMALYST 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3		PORTIA-28 TABLET	1	
PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3		POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSPENSION	4	
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	5	PA, SRX	POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	4	QL
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	2	
PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PIROXICAM 10 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PIROXICAM 20 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	4		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PNEUMOVAX 23 SYRINGE	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PNEUMOVAX 23 VIAL	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	2	
PNV 29-1 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1		POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	2	
PNV-DHA + DOCUSATE SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	2	
PNV-DHA SOFTGEL	1		POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	2	
PNV-OMEGA SOFTGEL	1		POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
PNV-SELECT TABLET	1		PR NATAL 400 COMBO PACK	1	
POCKET CHAMBER	3	QL	PR NATAL 430 COMBO PACK	1	
POCKET PEAK FLOW METER	3		PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1	
PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	2		PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1	
POLY HUB NEEDLE 18G 1"	3		PRADAXA 110 MG CAPSULE	4	PA, QL
POLY HUB NEEDLE 18G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 21G 1"	3		PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 21G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 22G 1"	3		PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 22G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 23G 1"	3		PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	2	
POLY HUB NEEDLE 23G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 1"	3		PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 1-1/2"	3		PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	3		PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	3	
POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	3				
POLY HUB NEEDLE 27G 1-1/4"	3				

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	3		PREFERRED PLUS 0.5 ML 29G 1/2"	3	
PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	3		PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	3	
PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	3		PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	3	
PRAMOSONE 1% LOTION	4		PREFEST TABLET	2	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	4		PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	4		PREGABALIN 25 MG CAPSULE	2	QL
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	4		PREGABALIN 50 MG CAPSULE	2	QL
PRASUGREL 5 MG TABLET	2		PREGABALIN 75 MG CAPSULE	2	QL
PRASUGREL 10 MG TABLET	2		PREGABALIN 100 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 10 MG TABLET	2		PREGABALIN 150 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 20 MG TABLET	2		PREGABALIN 200 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 40 MG TABLET	2		PREGABALIN 225 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 80 MG TABLET	2		PREGABALIN 300 MG CAPSULE	2	QL
PRAZQUANTEL 600 MG TABLET	4		PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
PAZOSIN 1 MG CAPSULE	2		PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	3	
PAZOSIN 2 MG CAPSULE	2		PREMARIN 0.3 MG TABLET	4	
PAZOSIN 5 MG CAPSULE	2		PREMARIN 0.45 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% CREAM	2		PREMARIN 0.625 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	2		PREMARIN 0.9 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PREMARIN 1.25 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2		PRENAT1 TRUE COMBO PACK	1	
PREDNISOLONE ODT 10 MG TABLET	3		PRENAISSANCE CAPSULE	1	
PREDNISOLONE ODT 15 MG TABLET	3		PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1	
PREDNISOLONE ODT 30 MG TABLET	3		PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL 19 TABLET	1	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL PLUS IRON TABLET	1	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	3		PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1	
PREDNISON 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1	
PREDNISON 1 MG TABLET	2		PRENATAL-U CAPSULE	1	
PREDNISON 2.5 MG TABLET	2		PREPLUS CA-FE 27 MG-FA 1 MG TABLET	1	
PREDNISON 5 MG TABLET	2		PRETAB 29 MG-1 MG TABLET	1	
PREDNISON 10 MG TABLET	2		PREVALITE PACKET	2	
PREDNISON 20 MG TABLET	2		PREVALITE POWDER	2	
PREDNISON 50 MG TABLET	2		PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PREDNISON 5 MG TABLET DOSE PACK	2		PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PREDNISON 10 MG TABLET DOSE PACK	2		PREVIFEM TABLET	1	
PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		PREVNAR 20 SYRINGE	3	
PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		PREVMIS 240 MG TABLET	4	PA, QL
PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		PREVMIS 480 MG TABLET	4	PA, QL
PREFERRED PLUS 0.3 ML 30G 5/16"	3		PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	3		PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PREZISTA 75 MG TABLET	3		PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	
PREZISTA 150 MG TABLET	3		PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET	4		PROMACTA 12.5 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, LDD, SRX
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	2		PROMACTA 25 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, LDD, SRX
PRIMEAIRE CHAMBER	3	QL	PROMACTA 12.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PRIMIDONE 50 MG TABLET	2		PROMACTA 25 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PRIMIDONE 250 MG TABLET	2		PROMACTA 50 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4		PROMACTA 75 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
PRIORIX VIAL	3		PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PRO COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	3		PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PRO COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"	3		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	3		PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PRO COMFORT 1 ML 30G 1/2"	3		PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PRO COMFORT 1 ML 30G 5/16"	3		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PRO COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3		PROMETHAZINE VC SYRUP	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 4MM 32G	3		PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 5MM 32G	3		PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL	PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	QL	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	2	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	3	QL	PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PROBENECID 500 MG TABLET	2		PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROBENECID-COLCHICINE TABLET	2		PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	QL	PROPAFENONE 150 MG TABLET	2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	QL	PROPAFENONE 225 MG TABLET	2	
PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	PROPAFENONE 300 MG TABLET	2	
PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	3	QL	PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	2	
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	2	
PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	2		PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	2	
PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	2		PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	2		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	2		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	2		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	3		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION LOW	3		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1ML 28G 1/2"	3		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PRODIGY SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	2	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2		PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	2		QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	2		QC UNIFINE PENTIP 4MM 32G	3	
PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	2		QUADRACEL DTAP-IPV	3	
PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	2		QUAZEPAM 15 MG TABLET	4	PA
PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	2		QUETIAPINE 25 MG TABLET	2	
PROQUAD VIAL	3		QUETIAPINE 50 MG TABLET	2	
PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	2		QUETIAPINE 100 MG TABLET	2	
PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	2		QUETIAPINE 200 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE 300 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE 400 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	2	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	4	QL	RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	4	QL	RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA
RASAGILINE 0.5 MG TABLET	2		RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA
RASAGILINE 1 MG TABLET	2		RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	4	PA
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	3		RELISTOR 150 MG TABLET	4	PA
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	3		RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		REPAGLINIDE 1 MG TABLET	2	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1		REPAGLINIDE 2 MG TABLET	2	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	3		REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	5	PA, SRX
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	3		REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	3		REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	5	PA, SRX
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	3		RESPA A.R. TABLET SA	4	
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	3		REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RECTIV 0.4% OINTMENT	4		REVLIMID 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	3		REVLIMID 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REGRANEX 0.01% GEL	4	PA, QL	REVLIMID 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELENZA 5 MG DISKHALER	4	QL	REVLIMID 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELI ON 31G 1/4" NEEDLE	3		REVLIMID 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3		REZDIFFRA 60 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		REZDIFFRA 80 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		REZDIFFRA 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3		RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	4	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		RIBAVIRIN 200 MG TABLET	4	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3		RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
RELION KETONE TEST STRIP	3		RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH	3	
RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	4	QL, ST	RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST	RILUZOLE 50 MG TABLET	5	SRX
RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST	RIMANTADINE 100 MG TABLET	2	
RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST	RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL, SRX
RELION PEN NEEDLE 29G	3		RINVOQ ER 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		RINVOQ ER 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 31G	3		RINVOQ ER 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	3		RISEDRONATE 5 MG TABLET	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		RISEDRONATE 30 MG TABLET	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RISEDRONATE 35 MG TABLET	3		ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 150 MG TABLET	3		ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	2	
RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	3		ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	2		ROSADAN 0.75% CREAM	2	
RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	2		ROSADAN 0.75% GEL	2	
RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1		ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	3	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1		ROTARIX VACCINE SUSPENSION	3	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1		ROTATEQ VACCINE	3	
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	RYBELSUS 3 MG TABLET	5	PA, QL
RITONAVIR 100 MG TABLET	2		RYBELSUS 7 MG TABLET	5	PA, QL
RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 14 MG TABLET	5	PA, QL
RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	2		RUFINAMIDE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	2		RUFINAMIDE 200 MG TABLET	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	2		RUFINAMIDE 400 MG TABLET	4	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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SAVELLA 100 MG TABLET	4		SILODOSIN 8 MG CAPSULE	2	QL
SAVELLA TITRATION PACK	4		SIL-SERTER INFUSION SET	3	
SAXAGLIPTIN 2.5 MG TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 0.5% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN 5 MG TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 10% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 2.5-1000 TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 25% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-500 TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 50% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-1000 TABLET	2	QL	SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	2	
SCOPOLAMINE 1 MG/3 DAY PATCH	2		SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	3	
SECONAL 100 MG CAPSULE	4		SIMLANDI(CF) AI 40 MG/0.4 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
SECURESAFE PEN NEEDLE 30G 5/16"	3		SIMLIYA 28 DAY TABLET	1	
SECURESAFE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		SIMPESSE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
SECURESAFE SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1	
SELEGILINE 5 MG CAPSULE	2		SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1	
SELEGILINE 5 MG TABLET	2		SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	2		SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	2		SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL
SE-NATAL 19 CHEWABLE TABLET	1		SIROLIMUS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
SE-NATAL-19 TABLET	1		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	SMARTTEST CONTROL SOLUTION	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2		SOTYKTU 6 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2		SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2		SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	4	PA, QL
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2		SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	4	PA, QL
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2		SOVALDI 200 MG TABLET	4	PA, QL
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2		SOVALDI 400 MG TABLET	4	PA, QL
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2		SPIKEVAX (12Y UP) SYRINGE	3	
SODIUM FLUORIDE 0.2% RINSE	2		SPIKEVAX (12Y UP) VIAL	3	
SODIUM FLUORIDE 1.1% TOOTHPASTE	2		SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE	3	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH TOOTHPASTE	2		SPINOSAD 0.9% TOPICAL SUSPENSION	3	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE 25 MG TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT 5000 PPM TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE 5000 PPM TOOTHPASTE	2		SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE PASTE	2		SPRINTEC 28 DAY TABLET	1	
SODIUM PHENYLBUTYRATE POWDER	5	SRX	SPRYCEL 20 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM PHENYLBUTYRATE 500MG TABLET	5	SRX	SPRYCEL 50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM POLYSTYRENE SULFATE POWDER	2		SPRYCEL 70 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 15 G/60 ML SUSPENSION	2		SPRYCEL 80 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2		SPRYCEL 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SODIUM SULFATE-POTASSIUM SULFATE-MAGNESIUM SULFATE ORAL SOLUTION	4		SPRYCEL 140 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 TABLET	5	PA, QL, SRX	SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	2	
SOLIFENACIN 5 MG TABLET	3	QL	SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	2	
SOLIFENACIN 10 MG TABLET	3	QL	SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION HIGH	3		SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION LOW	3		STAVUDINE 40 MG CAPSULE	2	
SOMAVERT 10 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 15 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 20 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SOMAVERT 25 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SOMAVERT 30 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX	STIVARGA 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
SORAFENIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	STRIBILD TABLET	4	QL
SOTALOL 80 MG TABLET	2		STRIVE PEAK FLOW METER	3	
SOTALOL 120 MG TABLET	2		STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	3	QL
SOTALOL 160 MG TABLET	2		SUBVENITE 25 MG TABLET	2	
SOTALOL 240 MG TABLET	2		SUBVENITE 100 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 80 MG TABLET	2		SUBVENITE 150 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 120 MG TABLET	2		SUBVENITE 200 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 160 MG TABLET	2		SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	2	
			SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	2	
			SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	5	LDD, SRX	SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	5	LDD, SRX	SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SUCRALFATE 1 GM TABLET	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	2		SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	2		SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	2		SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	3	
SULFADIAZINE 500 MG TABLET	4		SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SUSPENSION	2		SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	4		SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
SULFASALAZINE 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	3	
SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
SULINDAC 150 MG TABLET	2		SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION	3	
SULINDAC 200 MG TABLET	2		SYEDA 28 TABLET	1	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	2	QL	SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	2	
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL	SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL	SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	2	
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML INJECTOR	2	QL	SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	4	QL
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	3	QL	SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	4	QL
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	3	QL	SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET	4	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	2	QL	SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	5	PA, SRX
SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	2	QL	SYNERA PATCH	4	
SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	2	QL	SYNJARDY 5-500 MG TABLET	3	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	2	QL	SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	3	QL
SUMATRIPTAN-NAPROXEN 85-500 MG TABLET	4	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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SYNTHROID 175 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.05% GEL	4	
SYNTHROID 200 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.1% GEL	4	
SYNTHROID 300 MCG TABLET	4		TAZORAC 0.05% CREAM	4	
T:30 INFUSION SET 23" 13MM	3		TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
T:30 INFUSION SET 43" 13MM	3		TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
T:90 INFUSION SET 23" 6MM	3		TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
T:90 INFUSION SET 23" 9MM	3		TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
T:90 INFUSION SET 43" 9MM	3		TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	2	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22 1-1/2"	3	
TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1"	3	
TEMAZEPAM 7.5 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23 1-1/2"	3	
TEMAZEPAM 15 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1"	3	
TEMAZEPAM 22.5 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 1.5"	3	
TEMAZEPAM 30 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 5/8"	3	
TEMOZOLOMIDE 5 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 26 1/2"	3	
TEMOZOLOMIDE 20 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 27 1/2"	3	
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% (50 MG/5 G) PACKET	3	QL
TENOFOVIR 300 MG TABLET	2		TESTOSTERONE 1.62% (2.5 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% (25 MG/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		TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/2 ML	3		TETRACAINE 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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
THEOPHYLLINE ER 300 MG TABLET	2		TINIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 400 MG TABLET	2		TIOPRONIN 100 MG TABLET	5	LDD, SRX
THEOPHYLLINE ER 450 MG TABLET	2		TIS-U-SOLUTION PENTALYTE IRRIGATION SOLUTION	4	
THEOPHYLLINE ER 600 MG TABLET	2		TIVICAY 10 MG TABLET	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.3 ML	3		TIVICAY 25 MG TABLET	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.5 ML	3		TIVICAY 50 MG TABLET	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	3		TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	3	
THIORIDAZINE 10 MG TABLET	2		TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TORPENZ 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA
TORPENZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	2	PA, AGE
TORSEMIDE 5 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	2	PA, AGE
TORSEMIDE 10 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	2	PA, AGE
TORSEMIDE 20 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	2	PA, AGE
TORSEMIDE 100 MG TABLET	2		TRETIN-X 0.075% CREAM	4	PA, AGE
TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	3		TRETIN-X 0.025% CREAM COMBO PACK	4	PA, AGE
TRADJENTA 5 MG TABLET	3	QL	TRETIN-X 0.05% COMBO PACK	4	PA, AGE
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	
TRANLYCYPROMINE 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		TRIDACINE II 5% PATCH	2	
TRECTOR 250 MG TABLET	4		TRIDACINE 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	TRIHENYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	PA, AGE	TRIHENYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	PA, AGE	TRIHENYPHENIDYL 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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
TRI-LINYAH TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1		TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 1/2"	3	
TRI-LO-MARZIA TABLET	1		TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 5/16"	3	
TRI-LO-MILI TABLET	1		TRUE COMFORT PRO 0.5ML 31G 5/16"	3	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1		TRUE COMFORT PRO 0.5ML 32G 5/16"	3	
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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 5MM 30G	3	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCINE	3		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 6MM	3		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 8MM	3		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 6MM	3		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 8MM	3		ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
TRUZONE PEAK FLOW METER	3		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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTRA COMFORT 1 ML 30G 5/16"	3		ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	3	
ULTRA COMFORT 1 ML 31G 5/16"	3		ULTRATRAK CONTROL SOLUTION NORMAL	3	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	3		ULTRATRAK ULTIMATE CONTROL SOLUTION	3	
ULTRA FLO 0.3ML 30G 1/2" (1/2)	3		UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTRA FLO 0.3ML 30G 5/16" (1/2)	3		UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3	
ULTRA FLO 0.3ML 31G 5/16" (1/2)	3		UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29G 12MM	3		UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3	
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
UNITHROID 100 MCG TABLET	1		VANADOM 350 MG TABLET	2	
UNITHROID 112 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	4	QL
UNITHROID 125 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	4	QL
UNITHROID 137 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
UNITHROID 150 MCG TABLET	1		VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
UNITHROID 175 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 0.5 ML 30G 1/2" SYRINGE	3	
UNITHROID 200 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 3 ML 21G 1" SYRINGE	3	
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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
VENCLEXTA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
VENLAFAXINE 25 MG TABLET	2	QL	VERIFINE SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	3	
VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	2	QL	VERIFINE SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	3	
VENLAFAXINE 50 MG TABLET	2	QL	VERIFINE SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	3	
VENLAFAXINE 75 MG TABLET	2	QL	VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
VENLAFAXINE 100 MG TABLET	2	QL	VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
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		VIGODER 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		VIORELE 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

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	4	QL, ST	XARELTO 15 MG TABLET	3	QL
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	4	QL, ST	XARELTO 20 MG TABLET	3	QL
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	4	QL, ST	XARELTO DVT-PE STARTER PACK	3	QL
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	4	QL, ST	XDEMZY 0.25% EYE DROPS	5	PA, QL, LDD, SRX
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	4	QL, ST	XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1		XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
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	

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZALEPLON 5 MG CAPSULE	2		ZOVIA 1-35 TABLET	1	
ZALEPLON 10 MG CAPSULE	2		ZUMANDIMINE 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
ZARAH TABLET	1		ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX	ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX	ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1		ZYDELIG 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1		ZYDELIG 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZELBORAF 240 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ZYKADIA 150 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ZENATANE 10 MG CAPSULE	4		ZYLET EYE DROPS	4	PA
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			
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			
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				

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,

Preguntas frecuentes (cont.)

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 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

Preguntas frecuentes (cont.)

más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

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

Preguntas frecuentes (cont.)

contienen, su envase y/o el etiquetado y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

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 Póliza, 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 Póliza.
3. Servicios **no incluidos específicamente** como Servicios cubiertos en esta Póliza.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamento necesarios**.
5. Servicios o suministros que Cigna Healthcare considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**. Esto no se aplica a una Persona asegurada que participe en un Estudio clínico según lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas “Estudios clínicos”, “Costos de estudios clínicos” y “Medicamentos no aprobados”.
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 Póliza**.
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. Esto no se aplica a servicios prestados por un hospital de investigación de beneficencia no gubernamental que no exige, mediante procedimientos judiciales, que los gastos se cobren a los pacientes individuales si no tienen cobertura de seguros.
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 la Persona asegurada 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 provocadas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la **participación** de una Persona asegurada en el **servicio militar de cualquier país**; (d) la **participación** de una Persona asegurada en **una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada se encuentre en estado de embriaguez –según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual 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 Póliza.
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 pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
14. Si la **Persona asegurada está inscrita en las Partes A, B, C o D de Medicare**, Cigna Healthcare proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza 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 Póliza.
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 de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona; o
 - un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
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 Póliza.

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

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 se brinden como parte de los beneficios de Servicios de cuidado de la salud en el hogar o Servicios de atención para enfermos terminales de esta Póliza.
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 Póliza.
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), baterías, cables y otros dispositivos de asistencia, como sistemas de FM, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso, a menos que la Póliza establezca lo contrario. 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 específicamente en Servicios de cuidado preventivo.
35. **Exámenes genéticos** o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.

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

36. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Cuidado de la vista pediátrico.
37. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
38. **Terapia del habla** para pacientes ambulatorios, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
39. **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.
40. **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 Póliza.
41. **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 excepción de lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
42. 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, várices, rinoplastia, blefaroplastia y cirugías ortognáticas.
43. 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.
44. Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la **disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
45. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la fertilidad y/o la Infertilidad**, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la esterilización, la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
46. La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
47. Cargos en relación con abortos provocados y abortos Médicamente necesarios, a menos que se determine que el embarazo no es viable.
48. 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.
49. **Administración de sangre** con el propósito de mejorar el estado físico general.
50. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos, salvo según lo exigido por ley para los pacientes diabéticos.
51. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para Prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
52. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **Prótesis mioeléctricas**.
53. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
54. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
55. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
56. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.

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

57. **Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética** en lugar de motivos funcionales.
58. **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 ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
59. 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 la Persona asegurada 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.
60. **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 Póliza se establezca específicamente lo contrario.
61. 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.
62. **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.
63. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta Póliza.
64. **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 Póliza” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
65. **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, Terapia quiropráctica y Terapia del habla)” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la Póliza”.
66. Los Cargos de los **Proveedores en país extranjero**, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”.
67. **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, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
68. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro. No obstante, los cargos se procesarán si se recibe toda la información necesaria.
69. Cargos por **los servicios de un Médico de guardia**.
70. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
71. **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.
72. Servicios obtenidos de un **Médico de cuidado primario virtual exclusivo** que no son servicios de Cuidado de urgencia virtual exclusivo o de Cuidado primario virtual exclusivo.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte Cigna.com/ifp-drug-list para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza/acuerdo de servicios para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico.

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



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