

Cambios en la cobertura de medicamentos

para 2026

Estos son los cambios que haremos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare® en 2026. Los cambios se indican por nombre de la Lista de medicamentos y estado; y los medicamentos están ordenados alfabéticamente (de la A a la Z, según el inglés) de acuerdo con el tipo de cambio que se aplicará. Use la tabla incluida abajo para encontrar la página en la que está su Lista de medicamentos.

Si tiene beneficios de Cigna Healthcare y alguno de estos cambios le afecta, le enviaremos una carta con los próximos pasos. También puede ver la Lista de medicamentos para 2026 en Cigna.com/ifp-drug-list.

Nombre de la Lista de medicamentos	Página	Nombre de la Lista de medicamentos	Página
Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus para Florida	2-5	Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus para Florida	19-22
Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas	6-10	Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas	23-27
Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Premiere para Arizona, Indiana y Virginia	11-14	Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere para Arizona, Indiana y Virginia	28-31
Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Essential para Colorado	15-18	Lista de medicamentos de Cigna Pathwell Specialty para todos los estados	32, 33

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
baser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvafem 10 mcg vaginal insert

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion*
ERTACZO 2% CREAM
SUCRAID

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

* A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET	hydrocort 0.1% lipo cream
CLOBETASOL 0.025% CREAM	hydrocortisone 0.1% cream
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION	hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
clobetasol emollient 0.05% cream, foam	IMPEKLO 0.05% LOTION
clobetasol emulsion 0.05% foam	IMPOYZ 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% foam, spray	LOCOID 0.1% LIPOCREAM
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY	LOCOID 0.1% LOTION
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo	OLUX 0.05% FOAM
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET	TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg	tovet emollient 0.05% foam
eltrombopag packet, tablet	YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
hydrocort 0.1% lipid cream	YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
	YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTI ^K
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA*

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion*
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
besser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream*
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

* Este cambio no afecta a los clientes de Illinois o Mississippi.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion**^
ERTACZO 2% CREAM^
SUCRAID

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

* A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto.

^ Este cambio no afecta a los clientes de Mississippi.

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET
CLOBETASOL 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTN
clobetasol emollient 0.05% cream, foam
clobetasol emulsion 0.05% foam
clobetasol 0.05% foam, spray
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg
eltrombopag packet, tablet
hydrocort 0.1% lipid cream

Nombre del medicamento
hydrocort 0.1% lipo cream
hydrocortisone 0.1% cream
hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
IMPEKLO 0.05% LOTION
IMPOYZ 0.025% CREAM
LOCOID 0.1% LIPOCREAM
LOCOID 0.1% LOTION
OLUX 0.05% FOAM
TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
tovet emollient 0.05% foam
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADB, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
amcinonide 0.1% cream & lotion*	betamethasone dipropionate augmented 0.05% lotion; betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; mometasone furoate 0.1% lotion; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
clocortolone pivalate 0.1% cream*	betamethasone valerate 0.12% foam; fluocinolone acetonide 0.025% oint; flurandrenolide 0.05% ointment; hydrocortisone valerate 0.2% ointment; mometasone furoate 0.1% cream, solution; prednicarbate 0.1% ointment
COMPLERA TABLET	emtricitabine- rilpivirine-tenofovir af
crotan 10% lotion [^]	permethrin 5% cream, Spinosad 0.9% topical suspension
DIFLORASONE 0.05% CREAM	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-E 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
DIFLORASONE 0.05% OINTMENT	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
ENDARI PACKET ^{4^}	glutamine
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir
ERTACZO 2% CREAM ⁺	naftifine 1% or 2% cream; econazole 1% cream; ketoconazole 2% cream; clotrimazole 1% cream; oxiconazole 1% cream; ciclopirox 0.77% cream, gel
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment

* Este cambio solamente afecta a los clientes de Illinois y Mississippi.

[^] Este cambio solamente afecta a los clientes de Illinois.

⁺ Este cambio solamente afecta a los clientes de Mississippi.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTIK
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA*

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
baser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion*
ERTACZO 2% CREAM
SUCRAID

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

* A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto.

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET
CLOBETASOL 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION
clobetasol emollient 0.05% cream, foam
clobetasol emulsion 0.05% foam
clobetasol 0.05% foam, spray
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg
eltrombopag packet, tablet
hydrocort 0.1% lipid cream

Nombre del medicamento
hydrocort 0.1% lipo cream
hydrocortisone 0.1% cream
hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
IMPEKLO 0.05% LOTION
IMPOYZ 0.025% CREAM
LOCOID 0.1% LIPOCREAM
LOCOID 0.1% LOTION
OLUX 0.05% FOAM
TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
tovet emollient 0.05% foam
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
COMPLERA TABLET	emtricitabine-rilpivirine-tenofovir af
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-E 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTIK
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA*

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Essential – para Colorado

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
baser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution
hydrocortisone-acetic ear drop

Nombre del medicamento
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
SUCRAID
testosterone 1% gel

Nombre del medicamento
testosterone 1.62% gel

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Essential – para Colorado (cont.)

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET	hydrocort 0.1% lipo cream
CLOBETASOL 0.025% CREAM	hydrocortisone 0.1% cream
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION	hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
clobetasol emollient 0.05% cream, foam	IMPEKLO 0.05% LOTION
clobetasol emulsion 0.05% foam	IMPOYZ 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% foam, spray	LOCOID 0.1% LIPOCREAM
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY	LOCOID 0.1% LOTION
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo	OLUX 0.05% FOAM
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET	TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg	tovet emollient 0.05% foam
eltrombopag packet, tablet	YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
hydrocort 0.1% lipid cream	YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
	YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
amcinonide 0.1% cream, lotion	betamethasone dipropionate augmented 0.05% lotion; betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; mometasone furoate 0.1% lotion; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
clocortolone pivalate 0.1% cream	betamethasone valerate 0.12% foam; fluocinolone acetonide 0.025% ointment; flurandrenolide 0.05% ointment; hydrocortisone valerate 0.2% ointment; mometasone furoate 0.1% cream, solution; prednicarbate 0.1% ointment

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Essential – para Colorado (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
COMPLERA TABLET	emtricitabine-rilpivirine-tenofovir af
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTIK
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Essential – para Colorado (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA* ³

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
baser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion*
ERTACZO 2% CREAM
SUCRAID

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

* A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET	hydrocort 0.1% lipo cream
CLOBETASOL 0.025% CREAM	hydrocortisone 0.1% cream
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION	hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
clobetasol emollient 0.05% cream, foam	IMPEKLO 0.05% LOTION
clobetasol emulsion 0.05% foam	IMPOYZ 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% foam, spray	LOCOID 0.1% LIPOCREAM
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY	LOCOID 0.1% LOTION
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo	OLUX 0.05% FOAM
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET	TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg	tovet emollient 0.05% foam
eltrombopag packet, tablet	YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
hydrocort 0.1% lipid cream	YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
	YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin HCL
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTI ^K
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Florida (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA*

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion*
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
beser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream*
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

* Este cambio no afecta a los clientes de Illinois o Mississippi.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion [*]
ERTACZO 2% CREAM [^]
SUCRAID

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

^{*} A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto.

[^] Este cambio no afecta a los clientes de Mississippi.

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET
CLOBETASOL 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION
clobetasol emollient 0.05% cream, foam
clobetasol emulsion 0.05% foam
clobetasol 0.05% foam, spray
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg
eltrombopag packet, tablet
hydrocort 0.1% lipid cream

Nombre del medicamento
hydrocort 0.1% lipo cream
hydrocortisone 0.1% cream
hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
IMPEKLO 0.05% LOTION
IMPOYZ 0.025% CREAM
LOCOID 0.1% LIPOCREAM
LOCOID 0.1% LOTION
OLUX 0.05% FOAM
TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
tovet emollient 0.05% foam
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
amcinonide 0.1% cream, lotion*	betamethasone dipropionate augmented 0.05% lotion; betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; mometasone furoate 0.1% lotion; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
clocortolone pivalate 0.1% cream*	betamethasone valerate 0.12% foam; fluocinolone acetonide 0.025% ointment; flurandrenolide 0.05% ointment; hydrocortisone valerate 0.2% ointment; mometasone furoate 0.1% cream, solution; prednicarbate 0.1% ointment
COMPLERA TABLET	emtricitabine-rilpivirine-tenofovir af
crotan 10% lotion [^]	permethrin 5% cream, spinosad 0.9% topical suspension
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
ENDARI PACKET ^{4^}	glutamine
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir
ERTACZO 2% CREAM ⁺	naftifine 1% or 2% cream; econazole 1% cream; ketoconazole 2% cream; clotrimazole 1% cream; oxiconazole 1% cream; ciclopirox 0.77% cream, gel
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin

* Este cambio solamente afecta a los clientes de Illinois y Mississippi.

[^] Este cambio solamente afecta a los clientes de Illinois.

⁺ Este cambio solamente afecta a los clientes de Mississippi.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTIK
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus – para Georgia, Illinois, Mississippi, North Carolina, Tennessee y Texas (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento
hyophen
octreotide er*
phosphasal
QUTENZA*

Nombre del medicamento
SANDOSTATIN LAR*
uretron d-s
ustell capsule
utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia

Medicamentos que estarán cubiertos en un nivel más alto a partir del 1 de enero de 2026.

Revise la Lista de medicamentos de 2026 en [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver en qué nivel estará cubierto el medicamento. Es posible que haya medicamentos de menor costo disponibles para tratar la misma condición, pero por un copago o coseguro más bajo.

Nombre del medicamento
AFTERA 1.5 MG TABLET
amcinonide 0.1% cream, lotion
amox-clav er 1,000-62.5 mg tablet
asa-butalb-caff-cod #3 capsule
ascomp with codeine capsule
bacitracin 500 unit/gm ophth
baser 0.05% lotion
betamethasone valerate 0.12% foam
buprenorphine patch
butalbital comp-codeine #3 capsule
cefixime suspension
clarithromycin er 500 mg tablet
clindacin 1% foam
clindamycin phosphate 1% foam
clocortolone pivalate 0.1% cream
compro 25 mg suppository
desonide 0.05% lotion
diltiazem 24h er(la) tablet
estradiol 10 mcg vaginal insert
fenofibrate 40 mg tablet
fenofibrate 130 mg capsule
fluticasone 0.05% lotion
hydrocortisone-acetic acid solution

Nombre del medicamento
hydrocortisone-acetic ear drop
hydromorphone er tablet
kionex 15 gm/60 ml suspension
lamivudine hbv 100 mg tablet
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml
matzim la tablet
meclofenamate capsule
miconazole 3 200 mg vaginal suppository
mometasone furoate 50 mcg spray
mupirocin 2% cream
nitrofurantoin mcr 25 mg capsule
olanzapine-fluoxetine
prochlorperazine 25 mg suppository
protriptyline tablet
sps 15 gm/60 ml suspension
sps 30 gm/120 ml enema suspension
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET
tiagabine tablet
tretinoin gel
tretinoin gel micro 0.04% pump, tube
tretinoin gel micro 0.1% pump, tube
yuvaferm 10 mcg vaginal insert

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que, a partir del 1 de enero de 2026, necesitarán aprobación (autorización previa) para estar cubiertos.

El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura.

Nombre del medicamento
crotan 10% lotion*
ERTACZO 2% CREAM
SUCRAID

* A partir del 1 de enero, este medicamento también pasará a un nivel más alto. Esto significa que si aprobamos su cobertura, es posible que despachar este medicamento sea más costoso. Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver en qué nivel estará cubierto.

Nombre del medicamento
testosterone 1% gel
testosterone 1.62% gel

Medicamentos que tendrán un límite de cantidad a partir del 1 de enero de 2026.

Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez.

Nombre del medicamento
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET
CLOBETASOL 0.025% CREAM
clobetasol 0.05% cream gel, ointment, shampoo, solution, CLOBETASOL TOPICAL LOTION
clobetasol emollient 0.05% cream, foam
clobetasol emulsion 0.05% foam
clobetasol 0.05% foam, spray
CLOBEX 0.05% SHAMPOO, SPRAY
CLODAN 0.05% KIT, clodan 0.05% shampoo
DICLEGIS DR 10-10 MG TABLET
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg
eltrombopag packet, tablet
hydrocort 0.1% lipid cream

Nombre del medicamento
hydrocort 0.1% lipo cream
hydrocortisone 0.1% cream
hydrocortisone 0.1% lotion, ointment, solution
IMPEKLO 0.05% LOTION
IMPOYZ 0.025% CREAM
LOCOID 0.1% LIPOCREAM
LOCOID 0.1% LOTION
OLUX 0.05% FOAM
TEMOVATE 0.05% CREAM, OINTMENT
tovet emollient 0.05% foam
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹

Hay otros medicamentos incluidos en su Lista de medicamentos que tratan las mismas condiciones. Hemos incluido una lista de algunas de las opciones cubiertas a continuación.

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ADALIMUMAB-ADAZ ²	ADALIMUMAB-ADBIM, CYLTEZO, ADALIMUMAB-RYVK, SIMLANDI, HUMIRA (de Abbvie)
ALCAINE EYE DROPS	proparacaine
apexicon e 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
BALCOLTRA TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron
BRILINTA TABLET	ticagrelor
COMPLERA TABLET	emtricitabine-rilpivirine-tenofovir af
diflorasone 0.05% cream	betamethasone valerate 0.1% ointment; fluocinonide-e 0.05% cream; fluticasone propionate 0.005% ointment; triamcinolone acetonide 0.5% cream; triamcinolone acetonide 0.1% ointment
diflorasone 0.05% ointment	betamethasone dipropionate augmented 0.05% ointment, gel; halobetasol propionate 0.05% ointment, cream; fluocinonide 0.1% cream; clobetasol 0.05% cream, foam, gel, ointment, lotion, shampoo
EMCYT	Hable con su médico sobre sus opciones
EPCLUSA	sofosbuvir-velpatasvir
FIRVANQ SOLUTION	vancomycin
halcinonide 0.1% cream	betamethasone dipropionate augmented 0.05% cream, lotion; betamethasone dipropionate 0.05% cream, ointment; desoximetasone 0.25% cream, ointment; desoximetasone 0.05% gel; fluocinonide 0.05% cream, ointment, solution; mometasone furoate 0.1% ointment
HARVONI	ledipasvir-sofosbuvir
MESNEX TABLET	mesna
MYRBETRIQ ER TABLET ³	mirabegron
ONETOUCH DELICA PLUS, SAFETY LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICE	TRUE DRAW LANCING DEVICE
ONETOUCH ULTRA, VERIO TEST STRIP	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
ONETOUCH ULTRASOFT, ULTRASOFT2 LANCET	FREESTYLE, FREESTYLE UNISTIK 2, TRUE PLUS, TRUE PLUS SAFETY LANCET
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere – para Arizona, Indiana y Virginia (cont.)

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos a partir del 1 de enero de 2026, y sus alternativas cubiertas.¹ (cont.)

Nombre del medicamento	Medicamentos genéricos y/o de marca preferida
ONETOUCH VERIO FLEX, REFLECT METER	FREESTYLE LITE, FREESTYLE FREEDOM LITE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE PRECISION NEO, TRUE METRIX, TRUE METRIX AIR, TRUE METRIX GO METER
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% DROP	pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops
PRADAXA 110 MG CAPSULE ³	dabigatran etexilate mesylate
PROMACTA PACKET, TABLET ⁴	eltrombopag olamine
RECTIV OINTMENT	nitroglycerin
RELISTOR TABLET ³	lubiprostone, MOVANTIK
SPRYCEL TABLET ⁴	dasatinib
TASIGNA CAPSULE ⁴	nilotinib
TAZORAC 0.05% CREAM	tazarotene
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	rivaroxaban
XARELTO 2.5 MG TABLET	rivaroxaban

Medicamentos que dejarán de estar cubiertos por el beneficio de farmacia a partir del 1 de enero de 2026.⁵

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
hyophen	SANDOSTATIN LAR*
octreotide er*	uretron d-s
phosphasal	ustell capsule
QUTENZA*	utira-c

* Este medicamento está cubierto por el beneficio médico de Cigna Healthcare.

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.



Lista de medicamentos de Cigna Pathwell Specialty

Estos medicamentos de especialidad no están cubiertos en la Lista de medicamentos de Cigna Pathwell Specialty^{®1,4}. No obstante, hay medicamentos preferidos disponibles que se usan para tratar la misma condición. Se enumeran a continuación. Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto.

Nombre del medicamento (sin cobertura)	Medicamento(s) preferido(s)
ALYGLO*	BIVIGAM*, GAMMAKED*, GAMMAPLEX*, GAMUNEX-C*, OCTAGAM*, PANZYGA*, PRIVIGEN*
ALYMSYS*	MVASI*, ZIRABEV*
APHEXDA	PLERIXAFOR
ARALST NP*	GLASSIA*, PROLASTIN C*
ASCENIV*	BIVIGAM*, GAMMAKED*, GAMMAPLEX*, GAMUNEX-C*, OCTAGAM*, PANZYGA*, PRIVIGEN*
AVASTIN*	MVASI*, ZIRABEV*
BERINERT*	icatibant
BORUZU	bortezomib
CINQAIR*	DUPIXENT, FASENRA*, NUCALA*, TEZSPIRE*, XOLAIR*
CUVITRU*	CUTAQUIG*, HIZENTRA*, GAMMAKED*, GAMUNEX-C*, XEMBIFY*
DDAVP INJ	desmopressin acetate
DOCIVYX	docetaxel
ERWINASE	ASPARLAS, ONCASPAR
FULPHILA*	NEULASTA* NEULASTA ONPRO*, NYVEPRIA*, UDENYCA*, UDENYCA AUTO-INJECTOR*, UDENYCA ONBODY*
FYLNETRA*	NEULASTA* NEULASTA ONPRO*, NYVEPRIA*, UDENYCA*, UDENYCA AUTO-INJECTOR*, UDENYCA ONBODY*
GAMMAGARD LIQUID*	BIVIGAM*, GAMMAKED*, GAMMAPLEX*, GAMUNEX-C*, HYQVIA*, OCTAGAM*, PANZYGA*, PRIVIGEN*
GAMMAGARD S/D*	BIVIGAM*, GAMMAKED*, GAMMAPLEX*, GAMUNEX-C*, OCTAGAM*, PANZYGA*, PRIVIGEN*

Nombre del medicamento (sin cobertura)	Medicamento(s) preferido(s)
GEL-ONE	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
GENVISC	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
GRANIX	NIVESTYM, ZARXIO
HERCEPTIN*, HERCEPTIN HYLECTA*	KANJINTI*, OGIVRI*, TRAZIMERA*
HERCESSI*	KANJINTI*, OGIVRI*, TRAZIMERA*
HERZUMA*	KANJINTI*, OGIVRI*, TRAZIMERA*
HYALGAN	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
HYMOVIS	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
IMULDOSA IV (Accord)	SELARSDI IV, USTEKINUMAB-TTWE IV, YESINTEK IV
INFLIXIMAB*	AVSOLA*, INFLECTRA*
IVRA	melphalan
KALBITOR*	icatibant
LEMTRADA*	AVONEX, BRIUMVI*, dimethyl fumarate, fingolimod, glatiramer acetate, glatopa, OCREVUS*, teriflunomide, TYSABRI*
LEQVIO*	REPATHA
MONOVISC	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
NEUPOGEN	NIVESTYM, ZARXIO
NYPOZI	NIVESTYM, ZARXIO
ONTRUZANT*	KANJINTI*, OGIVRI*, TRAZIMERA*
OPDIVO QVANTIG*	OPDIVO IV*

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

* Para estar cubierto, este medicamento debe ser administrado por un proveedor que forme parte de la red de Cigna Pathwell Specialty o debe pedirse a una farmacia de especialidad dentro de la red de Cigna Pathwell Specialty. Para buscar un proveedor de la red que le quede cerca, visite Cigna.com/pathwellspecialty.

Lista de medicamentos de Cigna Pathwell Specialty (cont.)

Nombre del medicamento (sin cobertura)	Medicamento(s) preferido(s)
ORENCIA IV*	ACTEMRA*, ADALIMUMAB-ADBIM, ADALIMUMAB-RYVK, COSENTYX*, CYLTEZO, ENBREL, OTEZLA, RINVOQ, SELARSDI, SIMLANDI, SKYRIZI, STELARA SC, TREMFYA, TYENNE*, USTEKINUMAB-TTWE, XELJANZ, YESINTEK
ORTHOVISC	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
OTULFI IV	SELARSDI IV, USTEKINUMAB-TTWE IV, YESINTEK IV
PIASKY*	SOLIRIS*, ULTOMIRIS*
PYZCHIVA VIAL	SELARSDI, USTEKINUMAB-TTWE, STELARA SC, YESINTEK
RELEUKO	NIVESTYM, ZARXIO
REMICADE*	AVSOLA*, INFLECTRA*
REMODULIN*	treprostinil*
RENFLEXIS*	AVSOLA*, INFLECTRA*
REVATIO	sildenafil
RITUXAN*, RITUXAN HYCELA*	RIABNI*, RUXIENCE*, TRUXIMA*
RUCONEST*	icatibant
RYLAZE	ASPARLAS, ONCASPAR
RYTELO*	REBLOZYL*
SAPHNELO*	BENLYSTA*
SIGNIFOR LAR*	SOMATULINE DEPOT*
STELARA IV	SELARSDI IV, USTEKINUMAB-TTWE IV, YESINTEK IV
STEQEYMA IV	SELARSDI IV, USTEKINUMAB-TTWE IV, YESINTEK IV

Nombre del medicamento (sin cobertura)	Medicamento(s) preferido(s)
STIMUFEND*	NEULASTA* NEULASTA ONPRO*, NYVEPRIA*, UDENYCA*, UDENYCA AUTO-INJECTOR*, UDENYCA ONBODY*
SUPARTZ FX	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
SUSVIMO	AVASTIN (repackaged, intravitreal inj)
SYNOJOYNT	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
SYNVISC, SYNVISC ONE	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
TEPYLUTE	thiotepa
TOFIDENCE	ACTEMRA IV*, TYENNE IV*
TRILURON	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
TRIVISC	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
USTEKINUMAB IV	SELARSDI IV, USTEKINUMAB-TTWE IV, YESINTEK IV
VEGZELMA*	MVASI*, ZIRABEV*
VISCO-3	DUROLANE, EUFLEXXA, GELSYN-3
VYEPTI*	AIMOVIG, AJOVY, EMGALITY
ZEMAIRA*	GLASSIA*, PROLASTIN C*
ZIEXTENZO*	NEULASTA* NEULASTA ONPRO*, NYVEPRIA*, UDENYCA*, UDENYCA AUTO-INJECTOR*, UDENYCA ONBODY*

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

* Para estar cubierto, este medicamento debe ser administrado por un proveedor que forme parte de la red de Cigna Pathwell Specialty o debe pedirse a una farmacia de especialidad dentro de la red de Cigna Pathwell Specialty. Para buscar un proveedor de la red que le quede cerca, visite Cigna.com/pathwellspecialty.



1. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos este medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura o para apelar la denegación de cobertura. El personal del consultorio sabe cómo funciona el proceso y se ocuparán de todo por usted. Si no obtiene la aprobación y le siguen despachando este medicamento después del 1 de enero, no estará cubierto. Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.
2. Si actualmente tiene la aprobación (autorización previa) de Cigna Healthcare para que este medicamento esté cubierto, esa aprobación cambiará. A partir del 1 de enero, ya no tendrá la aprobación (autorización previa) para que le despachen el medicamento de marca. En cambio, **su aprobación será válida únicamente para los otros productos biosimilares que tratan su condición**, y su plan cubrirá estos productos hasta que finalice su período de aprobación vigente.
3. **Si actualmente tiene la aprobación (autorización previa) de Cigna Healthcare para que este medicamento esté cubierto, su plan lo seguirá cubriendo hasta el 31 de diciembre o hasta la fecha de vencimiento de la aprobación, lo que suceda primero.** Después de la fecha límite, dejará de estar cubierto.
4. Si actualmente tiene la aprobación (autorización previa) de Cigna Healthcare para que este medicamento esté cubierto, esa aprobación cambiará. A partir del 1 de enero, ya no tendrá la aprobación (autorización previa) para que le despachen el medicamento de marca. En cambio, **su aprobación será válida únicamente para la versión genérica**, y su plan cubrirá el medicamento genérico hasta que finalice su período de aprobación vigente.
5. Hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una "exclusión del plan (o del beneficio)". Esto significa que el medicamento o el producto no está en su Lista de medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión. Por ejemplo, su plan no cubre (o "excluye") medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

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) y debe ser recetado por un proveedor de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, los clientes deben usar una farmacia de la red para que les despache la receta.

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, Inc. 989949SP 2026 IFP Medication Coverage Changes 10/25 © 2025 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

La discriminación es ilegal

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo menos favorable o diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que 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, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.



Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles.

P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422, 877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

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 postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en

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

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, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc., Cigna Dental Health, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. En Texas, el plan dental se denomina Cigna Dental Choice, y este plan usa la red nacional Cigna DPPO Advantage. ATTENTION: If you speak languages other than English, 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). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: اطلب 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنند، توجه: اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید