



# Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026



¿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	28
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	32

### Consulte su Lista de medicamentos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana

Este documento se actualizó por última vez el 1 de septiembre de 2025.\* Acceda en línea para ver la información más actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan.

- **Cigna.com/druglist.** Elija **Value 3 Tier** (Value de 3 niveles) de la lista desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** Inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

### ¿Tiene preguntas?

- **Por teléfono:** Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna Healthcare®. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.
- **myCigna.com:** Haga clic para chatear de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

\* La Lista de medicamentos se creó originalmente el: 1 de octubre de 2011

Última actualización: 1 de septiembre de 2025, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2026

Próxima actualización planificada: 1 de abril de 2026, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2026

## Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente, de la A a la Z, de acuerdo con la condición que tratan (según el inglés).

**La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido;** por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

**Importante:** Su plan no cubre medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra®, Clarinex®, Xyzal® y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium®, Prilosec OTC® y los genéricos). En cambio, puede comprarlos como productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) en su farmacia local o tienda minorista sin presentar una receta.

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare.\*

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN			
Medicamento	Nivel	Notas	
amlodipine	1		Los medicamentos están agrupados según la <b>condición</b> que tratan
amlodipine-benazepril	1		
amlodipine-olmesartan	1	QL	El <b>Nivel</b> (nivel de costo compartido) le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento
amlodipine-valsartan	1		
atenolol	1		Los medicamentos están enumerados en orden <b>alfabético</b> (de la A a la Z) dentro de cada columna (según el inglés)
bisoprolol-hctz	1		
CALAN SR	3		Los medicamentos de especialidad tienen la sigla <b>SP</b> escrita junto al nombre en la columna Notas
CAMZYOS	3	SP, PA, QL	
candesartan	1		Los medicamentos de marca están escritos en <b>MAYÚSCULA</b>
cartia xt	1		
carvedilol	1		Los medicamentos genéricos están escritos en <b>minúscula</b>
carvedilol er	1	QL	
CATAPRES-TTS 1	3		Los medicamentos que tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales tienen <b>letras (siglas)</b> escritas junto al nombre en la columna Notas
CATAPRES-TTS 2	3		
CATAPRES-TTS 3	3		
clonidine patch, tablet	1		
CORLANOR ORAL SOLUTION	2	SP, PA	
dilt xr	1		
diltiazem 12hr er	1		
diltiazem 24hr er	1		
diltiazem 24hr er (cd)	1		
diltiazem 24hr er (la)	1	QL	
diltiazem 24hr er (xr)	1		
dofetilide	1	QL	

\* Esta tabla es solo un ejemplo. Es posible que no refleje cómo están cubiertos actualmente estos medicamentos en esta Lista de medicamentos.

## Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.

### Niveles

Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento.

Nivel 1	<b>Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.</b> Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. <sup>3</sup>	\$
Nivel 2	<b>Marcas preferidas.</b> Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$
Nivel 3	<b>Marcas no preferidas. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.</b> Las marcas no preferidas en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$

### 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	<b>Autorización previa*:</b> 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 las reglas (requisitos) de cobertura del medicamento.
QL	<b>Límite a la cantidad*:</b> Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos una cantidad mayor.
ST	<b>Tratamiento escalonado*:</b> Se trata de un medicamento de alto costo que tiene una o más alternativas de menor costo que tratan la misma condición. Su plan no cubrirá este medicamento hasta que usted primero haya probado al menos un medicamento preferido (en general, un medicamento genérico o de marca preferida) y pueda demostrar que no le dio resultado.  Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos el medicamento de mayor costo.
EDAD	<b>Requisito de edad*:</b> 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 use el medicamento, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos.
SP	Este es un <b>medicamento de especialidad</b> , que se usa para tratar una condición médica poco frecuente y/o compleja. Algunos planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos de especialidad. Por ejemplo, es posible que algunos cubran solamente un suministro para un máximo de 30 días y/o que exijan que se los despachen en una farmacia de especialidad preferida para estar cubiertos.

\* No todos los planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si el suyo tiene.

PPACA	La reforma del cuidado de salud establecida por la <a href="#">Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés)</a> exige que los planes cubran el costo total de este medicamento o producto preventivo. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible.
OC	Los planes pueden decidir cubrir ciertos medicamentos, productos y/o clases de medicamentos que en general no están cubiertos. Si un medicamento tiene la sigla <b>OC</b> escrita al lado del nombre, inicie sesión en la aplicación myCigna o en <a href="#">myCigna.com</a> para ver si su plan lo cubre.

## Cómo encontrar su medicamento

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente, de la A a la Z, por condición (según el inglés). Las condiciones también están ordenadas alfabéticamente, de la A a la Z (según el inglés). Para ver en qué página está su medicamento, busque su condición en la tabla incluida abajo. Luego, pase a la página que se indica para ver qué medicamentos están cubiertos.

Condición	Página	Condición	Página
SIDA/VIH	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS	17
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	AGENTES HORMONALES	18
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	18-20
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6, 7	INFERTILIDAD	20
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	7	VARIOS	20
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	8	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	21
MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	21
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	8, 9	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	21
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES	9	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	22, 23
CÁNCER	9-11	ENFERMEDAD DE PARKINSON	23
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	11	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	23
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	11-14	TRASTORNOS CONVULSIVOS	23, 24
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	14	CONDICIONES CUTÁNEAS	24, 25
PRODUCTOS DENTALES	14	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	25
DIABETES	14, 15	DEJAR DE FUMAR	25
DIURÉTICOS	15	ABUSO DE SUSTANCIAS	25
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	15, 16	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	25
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	16	CONDICIONES URINARIAS	25, 26
CONDICIONES OCULARES	16	VACUNAS	26, 27
PRODUCTOS FEMENINOS	17	VITAMINAS	27
		CONTROL DEL PESO	27

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### SIDA/VIH

Medicamento	Nivel	Notas
APRENUDE	3	SP, PA, PPACA
BIKTARVY	2	SP, QL
CABENUVA	3	SP, PA, OC
CIMDUO	3	SP, PA
darunavir	1	SP
DESCOVY 200-25 MG TABLET	2	SP, PPACA
DOVATO	2	SP, QL
efavirenz-emtricitabine-tenofovir	1	SP, QL
emtricitabine-tenofovir 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg tablet	1	SP
emtricitabine-tenofovir 200 mg-300 mg tablet	1	SP, PPACA
GENVOYA	2	SP, QL
ISENTRESS HD	2	SP, PA
JULUCA	2	SP, QL
ODEFSEY	3	SP, PA, QL
PIFELTRO	3	SP, PA
PREZCOBIX	3	SP, PA
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION; 75 MG, 150 MG TABLET	2	SP
ritonavir	1	SP
RUKOBIA	3	SP, PA, QL
STRIBILD	3	SP, PA, QL
SYM TUZA	2	SP, QL
tenofovir	1	SP, PA
TIVICAY	2	SP
TRIUMEQ	2	SP, QL
TRIUMEQ PD	2	SP, QL

### ALERGIA/ROCIADORES NASALES

Medicamento	Nivel	Notas
azelastine 0.1% (137 mcg) spray	1	
azelastine-fluticasone	1	
cromolyn oral concentrate	1	
desloratadine	1	QL, OC

### ALERGIA/ROCIADORES NASALES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
epinephrine 0.15 mg, 0.3 mg auto-injector (by Mylan SP-Viatris, Teva USA); nasal solution	1	QL
fluticasone spray	1	OC
GRASTEK	3	PA, QL
hydroxyzine oral solution, syrup, tablet	1	
hydroxyzine pamoate	1	
ipratropium spray	1	
levocetirizine	1	OC
mometasone spray	1	QL, OC
ODACTRA	3	PA, QL
olopatadine spray	1	
ORALAIR	3	PA, QL
promethazine oral solution, syrup, tablet	1	
RAGWITEK	3	PA, QL

### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Medicamento	Nivel	Notas
ADLARITY	2	PA, QL
donepezil	1	
EXELON	3	
memantine	1	
memantine er	1	QL
NAMENDA	3	
pyridostigmine oral solution; 60 mg tablet	1	
pyridostigmine er 180 mg tablet	1	
rivastigmine	1	

### ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>2</sup>

Medicamento	Nivel	Notas
alprazolam	1	
amitriptyline	1	
bupropion sr	1	QL
bupropion xl 150 mg, 300 mg tablet	1	QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional



## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>2</sup> (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
buspirona	1	
citalopram oral solution, tablet	1	QL
clomipramine	1	
desvenlafaxine succinate er	1	QL
duloxetine	1	QL
EMSAM	3	QL
escitalopram	1	QL
fluoxetine	1	QL
fluvoxamine	1	QL
fluvoxamine er	1	QL
lorazepam oral concentrate, tablet	1	
mirtazapine	1	
NUPLAZID	3	SP, PA
paroxetine	1	QL
paroxetine er	1	QL
sertraline	1	QL
trazodone	1	
TRINTELLIX	2	QL
venlafaxine hcl er	1	QL
vilazodone	1	QL
ZURZUVAE	3	SP, PA, QL

### ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

Medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS	2	SP, PA
AIRSUPRA	2	QL
albuterol	1	
albuterol hfa	1	QL
ALVESCO	2	
ALYFTREK	3	SP, PA, QL
ambrisentan	1	SP, PA
ANORO ELLIPTA	2	QL
ASMANEX, ASMANEX HFA	2	QL
ATROVENT HFA	2	QL

### ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
breyna	1	QL
BREZTRI AEROSPHERE	2	QL
BRONCHITOL	3	SP, PA
budesonide inhalation suspension	1	QL
budesonide-formoterol	1	QL
COMBIVENT RESPIMAT	2	QL
DULERA	2	QL
FASENRA PEN	2	SP, PA
INCRUSE ELLIPTA	2	
KALYDECO	3	SP, PA, QL
montelukast	1	
NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA
OFEV	2	SP, PA
OPSUMIT	2	SP, PA
OPSYNVI	2	SP, PA, QL
ORENITRAM ER	3	SP, PA
ORENITRAM TITRATION KIT	3	SP, PA, QL
PULMOZYME	3	SP, PA
QVAR REDIHALER	2	
SPIRIVA RESPIMAT	2	QL
STIOLTO RESPIMAT	2	QL
STRIVERDI RESPIMAT	2	QL
SYMDEKO	3	SP, PA, QL
TEZSPIRE	2	SP, PA, QL
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	2	SP, PA
TRELEGY ELLIPTA	2	QL
TRIKAFTA	3	SP, PA, QL
TYVASO DPI	2	SP, PA
TYVASO	3	SP, PA
UPTRAVI TABLET, TITRATION PACK	2	SP, PA
VIJOICE	3	SP, PA, QL
wixela inhub	1	QL
XOLAIR	2	SP, PA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>2</sup>

Medicamento	Nivel	Notas
atomoxetine	1	QL
DAYTRANA	3	PA, QL
dexmethylphenidate er	1	PA, QL
dextroamphetamine-amphetamine	1	PA
dextroamphetamine-amphetamine er	1	PA, QL
guanfacine er	1	
lisdexamfetamine	1	PA, QL
methylphenidate	1	PA
methylphenidate er (cd)	1	PA, QL
methylphenidate er (la)	1	PA, QL
methylphenidate er capsule; 10 mg, 18 mg, 20 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg, 72 mg tablet	1	PA, QL
QUILLIVANT XR	3	PA, QL
XELSTRYM	3	PA, QL

### MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Medicamento	Nivel	Notas
ADVATE	3	SP, PA, OC
ADYNOVATE	2	SP, PA, OC
AFSTYLA	2	SP, PA, OC
ALTUVIIIO	2	SP, PA, OC
aminocaproic acid oral solution, tablet	1	SP
ARANESP	2	SP, PA, OC
DOPTLET	2	SP, PA
DROXIA	2	
ELOCTATE	2	SP, PA, OC
EMPAVELI	2	SP, PA
ESPEROCT	2	SP, PA, OC
FABHALTA	2	SP, PA, QL
FULPHILA	3	SP, PA
GRANIX	3	SP, PA
HEMLIBRA	2	SP, PA
HYMPAVZI PEN	2	SP, PA
JIVI	2	SP, PA, OC

### MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
KOGENATE FS	2	SP, PA, OC
KOVALTRY	2	SP, PA, OC
LEUKINE	2	SP
NEULASTA	2	SP, PA
NEULASTA ONPRO	2	SP, PA, OC
NEUPOGEN	3	SP, PA
NIVESTYM	2	SP
NOVOEIGHT	2	SP, PA, OC
NYVEPRIA	2	SP, PA
PROCRT	2	SP, PA, OC
RETACRIT	2	SP, PA, OC
STIMUFEND	3	SP, PA
TAVALLISE	2	SP, PA
TAVNEOS	3	SP, PA, QL
tranexamic acid tablet	1	SP
UDENYCA AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA
UDENYCA ONBODY	2	SP, PA, OC
VOYDEYA	2	SP, PA, QL
WILATE	3	SP, PA, OC
XYNTHA	3	SP, PA, OC
XYNTHA SOLOFUSE	3	SP, PA, OC
ZARXIO	2	SP
ZIEXTENZO	3	SP, PA

### MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN

Medicamento	Nivel	Notas
amlodipine	1	
amlodipine-benazepril	1	
amlodipine-olmesartan	1	QL
amlodipine-valsartan	1	
atenolol	1	
bisoprolol 5 mg, 10 mg tablet	1	
bisoprolol-hctz	1	
CAMZYOS	3	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional



## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
candesartan	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	1	QL
clonidine patch, tablet	1	
CORLANOR ORAL SOLUTION	2	SP, PA
diltiazem 24hr er (cd)	1	
dofetilide	1	QL
droxidopa	1	SP
enalapril	1	
ENTRESTO SPRINKLE	2	
flecainide	1	
guanfacine	1	
hydralazine tablet	1	
irbesartan	1	
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet	1	
lisinopril	1	
lisinopril-hctz	1	
losartan	1	
losartan-hctz	1	
metoprolol tablet	1	
metoprolol er	1	
metirosine	1	PA
midodrine	1	
minoxidil tablet	1	
MULTAQ	2	
nadolol	1	
nebivolol	1	QL
nifedipine er	1	
NITROSTAT	3	
NORLIQVA	2	PA, QL
olmesartan	1	QL
olmesartan-amlodipine-hctz	1	

### MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
olmesartan-hctz	1	QL
ORLADEYO	3	SP, PA, QL
prazosin	1	
propranolol oral solution, tablet	1	
propranolol er	1	
ranolazine er	1	QL
TAKHZYRO	3	SP, PA
telmisartan	1	QL
telmisartan-hctz	1	QL
valsartan	1	
valsartan-hctz	1	
verapamil er	1	
verapamil sr	1	
VERQUVO	2	PA, QL

### DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

Medicamento	Nivel	Notas
clopidogrel	1	
dabigatran	1	
ELIQUIS	2	
enoxaparin	1	SP, QL
fondaparinux	1	SP, QL
FRAGMIN	2	SP, QL
prasugrel	1	
warfarin	1	
XARELTO	2	
ZONTIVITY	3	

### CÁNCER

Medicamento	Nivel	Notas
abirtega	1	PA
AKEEGA	3	SP, PA, QL
ALECENSA	2	SP, PA, QL
ALUNBRIG	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

CÁNCER (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
anastrozole	1	PPACA
AYVAKIT	3	SP, PA, QL
BOSULIF	3	SP, PA, QL
BRUKINSA CAPSULE	2	SP, PA, QL
CABOMETYX	2	SP, PA
CALQUENCE	2	SP, PA
capecitabine	1	SP, PA
COMETRIQ	3	SP, PA, QL
COTELLIC	2	SP, PA
DANZITEN	2	SP, PA
ERIVEDGE	2	SP, PA
ERLEADA	2	SP, PA
exemestane	1	PPACA
FRUZAQLA	2	SP, PA, QL
GAVRETO	3	SP, PA, QL
GLEOSTINE	2	
hydroxyurea	1	
IBRANCE	3	SP, PA, QL
imatinib	1	SP, QL
IMBRUVICA	2	SP, PA, QL
IMKELDI	2	SP, PA
INLYTA	3	SP, PA
JAKAFI	3	SP, PA, QL
JYLAMVO	3	
KISQALI	2	SP, PA, QL
KOSELUGO	3	SP, PA, QL
lenalidomide	1	SP, PA, QL
LENVIMA	2	SP, PA
letrozole	1	
leucovorin tablet	1	
LONSURF	3	SP, PA
LORBRENA	3	SP, PA, QL
LUMAKRAS	3	SP, PA, QL

CÁNCER (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
LUPRON DEPOT 7.5 MG KIT, 22.5 MG 3 MONTH KIT, 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT	3	SP, PA, OC
LYNPARZA	2	SP, PA, QL
MEKINIST	2	SP, PA, QL
mercaptopurine oral suspension	1	SP
methotrexate tablet; 50 mg/2 ml, 250 mg/10 ml, 1 gram/40 ml vial	1	
NERLYNX	3	SP, PA
NINLARO	3	SP, PA, QL
NUBEQA	2	SP, PA
ODOMZO	2	SP, PA
OGSIVEO	3	SP, PA, QL
ORGOVYX	3	SP, PA
ORSERDU	3	SP, PA, QL
PHESGO	3	SP, PA, OC
PIQRAY	2	SP, PA
POMALYST	2	SP, PA, QL
PURIXAN	3	SP
RETEVMO	3	SP, PA, QL
REVLIMID	2	SP, PA, QL
ROZLYTREK	3	SP, PA
RUBRACA	2	SP, PA, QL
RYDAPT	3	SP, PA
SCEMBLIX	2	SP, PA, QL
STIVARGA	2	SP, PA, QL
TABRECTA	3	SP, PA, QL
TAFINLAR	2	SP, PA, QL
TAGRISSO	3	SP, PA
TALZENNA	3	SP, PA, QL
tamoxifen	1	PPACA
temozolomide	1	SP, PA
TIBSOVO	3	SP, PA
torpenz	1	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### CÁNCER (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
TREXALL	2	
TRUQAP	2	SP, PA, QL
TUKYSA	3	SP, PA
VANFLYTA	3	SP, PA, QL
VENCLEXTA STARTING PACK, TABLET	2	SP, PA
VERZENIO	2	SP, PA, QL
VITRAKVI	3	SP, PA
VIZIMPRO	3	SP, PA
WELIREG	3	SP, PA, QL
XALKORI	3	SP, PA, QL
XATMEP	3	
XOSPATA	3	SP, PA
XTANDI	2	SP, PA
ZEJULA	2	SP, PA, QL
ZELBORAF	2	SP, PA

### MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

Medicamento	Nivel	Notas
atorvastatin 10 mg, 20 mg tablet	1	PPACA
atorvastatin 40 mg, 80 mg tablet	1	
CADUET	3	QL
colesevelam	1	
DOJOLVI	3	SP, PA
ezetimibe	1	
fenofibrate 43 mg, 50 mg, 67 mg, 130 mg, 134 mg, 150 mg, 200 mg capsule; tablet	1	
fluvastatin	1	PPACA
fluvastatin er	1	PPACA
icosapent ethyl	1	
LIPOFEN	3	ST
lovastatin 10 mg tablet	1	
lovastatin 20 mg, 40 mg tablet	1	PPACA
omega-3 acid ethyl esters	1	
pitavastatin	1	QL, PPACA
pravastatin	1	PPACA

### MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
REPATHA PUSHTRONEX, SURECLICK, SYRINGE	2	
rosuvastatin 5 mg, 10 mg tablet	1	QL, PPACA
rosuvastatin 20 mg, 40 mg tablet	1	QL
simvastatin 5 mg, 80 mg tablet	1	QL
TRICOR	3	ST
VASCEPA	2	PA

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

Medicamento	Nivel	Notas
afirmelle	1	PPACA
altavera	1	PPACA
alyacen	1	PPACA
amethia	1	PPACA
amethyst	1	PPACA
apri	1	PPACA
aranelle	1	PPACA
ashlyna	1	PPACA
aubra	1	PPACA
aubra eq	1	PPACA
aurovela	1	PPACA
aurovela fe	1	PPACA
aurovela 24 fe	1	PPACA
aviane	1	PPACA
ayuna	1	PPACA
azurette	1	PPACA
balziva	1	PPACA
blisovi fe	1	PPACA
blisovi 24 fe	1	PPACA
briellyn	1	PPACA
camila	1	PPACA
camrese	1	PPACA
camrese lo	1	PPACA
CAYA CONTOURED	2	PPACA
caziant	1	PPACA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
charlotte 24 fe	1	PPACA
chateal eq	1	PPACA
cryselle	1	PPACA
cyred	1	PPACA
cyred eq	1	PPACA
dasetta	1	PPACA
daysee	1	PPACA
deblitane	1	PPACA
DEPO-PROVERA	3	PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	3	PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	1	PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol	1	PPACA
dolishale	1	PPACA
drospirenone-ethinyl estradiol	1	PPACA
drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate	1	PPACA
elinest	1	PPACA
ELLA	3	PPACA
eluryng	1	PPACA
emzahn	1	PPACA
enilloring	1	PPACA
enpresse	1	PPACA
enskyce	1	PPACA
errin	1	PPACA
estarylla	1	PPACA
ethynodiol-ethinyl estradiol	1	PPACA
etonogestrel-ethinyl estradiol	1	PPACA
falmina	1	PPACA
feirza	1	PPACA
FEMCAP	2	PPACA
finzala	1	PPACA
galbriela	1	PPACA
gimmily	1	PPACA

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
hailey	1	PPACA
hailey fe	1	PPACA
hailey 24 fe	1	PPACA
haloette	1	PPACA
heather	1	PPACA
iclevia	1	PPACA
incassia	1	PPACA
introvale	1	PPACA
isibloom	1	PPACA
jaimiess	1	PPACA
jasmiel	1	PPACA
jencycla	1	PPACA
jolessa	1	PPACA
joyeaux	1	PPACA
juleber	1	PPACA
junel	1	PPACA
junel fe	1	PPACA
junel fe 24	1	PPACA
kaitlib fe	1	PPACA
kalliga	1	PPACA
kariva	1	PPACA
kelnor 1-35	1	PPACA
kelnor 1-50	1	PPACA
kurvelo	1	PPACA
KYLEENA	3	SP, PPACA
larin	1	PPACA
larin fe	1	PPACA
larin 24 fe	1	PPACA
layolis fe	3	PPACA
leena	1	PPACA
lessina	1	PPACA
levonest	1	PPACA
levonorgestrel-ethinyl estradiol	1	PPACA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
levonorgestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol	1	PPACA
levonorgestrel-ethinyl estradiol-fe bisglycinate	1	PPACA
levora-28	1	PPACA
LILETTA	3	SP, PPACA
lojaimiess	1	PPACA
loryna	1	PPACA
low-ogestrel	1	PPACA
lo-zumandimine	1	PPACA
luteria	1	PPACA
lyleq	1	PPACA
lyza	1	PPACA
marlissa	1	PPACA
medroxyprogesterone 150 mg/ml syringe, vial	1	PPACA
meleya	1	PPACA
merzee	1	PPACA
mibelas 24 fe	1	PPACA
microgestin	1	PPACA
microgestin fe	1	PPACA
microgestin 24 fe	1	PPACA
mili	1	PPACA
minzoya	1	PPACA
MIRENA	3	SP, PPACA
MIUDELLA	3	SP, PPACA
mono-lynyah	1	PPACA
necon	1	PPACA
NEXPLANON	2	SP, PPACA
nikki	1	PPACA
nora-be	1	PPACA
norelgestromin-ethinyl estradiol	1	PPACA
norethindrone 0.35 mg tablet	1	PPACA
norethindrone-ethinyl estradiol 1 - 0.02 mg, 1.5 - 0.03 mg (21) tablet	1	PPACA

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
norethindrone-ethinyl estradiol-fe	1	PPACA
norgestimate-ethinyl estradiol	1	PPACA
nortrel	1	PPACA
nylia	1	PPACA
nymyo	1	PPACA
ocella	1	PPACA
orquidea	1	PPACA
PARAGARD T 380-A	3	SP, PPACA
philith	1	PPACA
pimtrea	1	PPACA
pirmella	1	PPACA
portia	1	PPACA
reclipsen	1	PPACA
rivelsa	1	PPACA
rosyrah	1	PPACA
setlakin	1	PPACA
sharobel	1	PPACA
simliya	1	PPACA
simpesse	1	PPACA
SKYLA	3	SP, PPACA
sprintec	1	PPACA
sronyx	1	PPACA
syeda	1	PPACA
tarina fe	1	PPACA
tarina 24 fe	1	PPACA
tarina fe 1-20 eq	1	PPACA
taysofy	1	PPACA
tilia fe	1	PPACA
tri-estarylla	1	PPACA
tri-legest fe	1	PPACA
tri-lynyah	1	PPACA
tri-lo-estarylla	1	PPACA
tri-lo-marzia	1	PPACA
tri-lo-mili	1	PPACA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
tri-lo-sprintec	1	PPACA
tri-mili	1	PPACA
tri-nymyo	1	PPACA
tri-sprintec	1	PPACA
tri-vylibra	1	PPACA
tri-vylibra lo	1	PPACA
tulana	1	PPACA
turqoz	1	PPACA
valtya	1	PPACA
velivet	1	PPACA
vestura	1	PPACA
vienva	1	PPACA
viorele	1	PPACA
volnea	1	PPACA
vyfemla	1	PPACA
vylibra	1	PPACA
wera	1	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	3	PPACA
wymzya fe	1	PPACA
xarah fe	1	PPACA
xelria fe	1	PPACA
xulane	1	PPACA
zafemy	1	PPACA
zarah	1	PPACA
zovia 1-35	1	PPACA
zumandimine	1	PPACA

### MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

Medicamento	Nivel	Notas
brompheniramine-pseudoephedrine-dm	1	
hydrocodone-chlorpheniramine er	1	QL
hydrocodone-homatropine	1	PA, QL
promethazine-dm	1	

### PRODUCTOS DENTALES

Medicamento	Nivel	Notas
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1	
FLORIVA 0.25 MG/ML DROPS	3	PPACA, OC
periogard	1	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	3	
PREVIDENT KIDS	3	
sodium fluoride 5000 dry mouth	1	
triamcinolone 0.1% paste	1	

### DIABETES

Medicamento	Nivel	Notas
ACCU-CHEK CONTROL SOLUTION	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE	1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET KIT	1	
BAQSIMI	2	QL
BASAGLAR	2	QL
BD INSULIN PEN NEEDLE	1	
BD NANO 2 PEN NEEDLE	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	1	
BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE	1	
BYDUREON BCISE	2	PA, QL
CEQUR SIMPLICITY	2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	2	
CYCLOSET	3	
DEXCOM G6	2	PA, QL
DEXCOM G7	2	PA, QL
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	1	
FARXIGA	2	QL, ST
FREESTYLE INSULINX TEST STRIP	2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	2	PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

DIABETES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LITE TEST STRIP	2	
FREESTYLE TEST STRIP	2	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet	1	
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	3	
glipizide 5 mg, 10 mg tablet	1	
glipizide xl	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	QL
GLYXAMBI	2	QL, ST
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER, TEST PLUG	1	
HUMALOG	2	QL
HUMULIN N, HUMULIN R, HUMULIN 70/30	2	QL
INPEN (FOR HUMALOG, NOVOLOG, FIASP)	1	
INSULIN LISPRO	2	QL
JANUMET	2	QL, ST
JANUMET XR	2	QL, ST
JANUVIA	2	QL, ST
JARDIANCE	2	QL, ST
LYUMJEV	2	QL
metformin oral solution; 500 mg, 750 mg, 850 mg, 1000 mg tablet	1	
metformin er 500 mg, 750 mg tablet	1	
MICROLET 2 LANCING DEVICE	1	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	1	
MOUNJARO	2	PA, QL
OMNIPOD 5 G6-LIBRE 2 PLUS	2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT, PODS (GEN5)	2	QL
OMNIPOD 5 INTRO (G6-LIBRE 2 PLUS)	2	QL
OMNIPOD DASH INTRO KIT, PODS (GEN 4)	2	QL
OZEMPIC	2	PA, QL

DIABETES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
PARADIGM RESERVOIR	1	
pioglitazone	1	
PRECISION XTRA TEST STRIP	2	
REZVOGLAR	2	QL
RYBELSUS	2	PA, QL
SOLIQUA 100-33	2	
SYMLINPEN	2	
SYNJARDY	2	QL, ST
SYNJARDY XR	2	QL, ST
TRESIBA	2	QL
TRIJARDY XR	2	QL, ST
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	2	
TRULICITY	2	PA, QL
TWIST REFILL, REFILL KIT, STARTER KIT	2	QL
V-GO	2	
XIGDUO XR	2	QL, ST
ZEGALOGUE	2	QL

### DIURÉTICOS

Medicamento	Nivel	Notas
acetazolamide tablet	1	
bumetanide tablet	1	
CAROSPIR	2	PA
chlorthalidone	1	
DIURIL	3	
eplerenone	1	
furosemide oral solution, tablet	1	
hydrochlorothiazide	1	
KERENDIA	2	PA, QL
spironolactone	1	
tolvaptan	1	SP, PA

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

Medicamento	Nivel	Notas
ciprofloxacin-dexamethasone	1	
CORTISPORIN-TC	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional



## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
DERMOTIC	3	
neomycin-polymyxin-hc otic solution, suspension	1	
ofloxacin 0.3% ear drops	1	
OTOVEL	3	

### DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Medicamento	Nivel	Notas
CAVERJECT	3	PA_AGE, QL, OC
CIALIS	3	QL, ST, OC
EDEX	3	PA_AGE, QL, OC
MUSE	3	PA_AGE, QL, OC
sildenafil 25 mg, 50 mg, 100 mg tablet	1	QL, OC
STENDRA	3	QL, ST, OC
tadalafil	1	QL, OC
vardenafil	1	QL, OC
VIAGRA	3	QL, ST, OC

### CONDICIONES OCULARES

Medicamento	Nivel	Notas
AZASITE	2	
BESIVANCE	2	
BETOPTIC S	2	
bimatoprost drops	1	QL
brimonidine drops	1	
brimonidine-timolol	1	
brinzolamide	1	
bromfenac drops	1	
CEQUA	2	
ciprofloxacin drops	1	
cyclosporine eye emulsion	1	

### CONDICIONES OCULARES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
CYSTARAN	3	SP, PA, QL
difluprednate	1	
dorzolamide-timolol	1	
erythromycin ointment	1	
EYSUVIS	2	QL
fluorometholone	1	
ILEVRO	3	
latanoprost	1	
loteprednol	1	
MIEBO	2	QL
moxifloxacin drops	1	
neomycin-polymyxin-dexamethasone	1	
ofloxacin eye drops	1	
OXERVATE	3	SP, PA
polymyxin b-trimethoprim	1	
prednisolone 1% eye drops	1	
PROLENSA	3	
RESTASIS EYE EMULSION	2	
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	2	
timolol drops, gel-solution	1	
TOBRADEX	3	
TOBRADEX ST	2	
tobramycin drops	1	
tobramycin-dexamethasone	1	
travoprost	1	
TYRVAYA	2	QL
XDEMZY	2	SP, PA, QL
XIIDRA	2	
ZIRGAN	3	
ZYLET	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### PRODUCTOS FEMENINOS

Medicamento	Nivel	Notas
fem ph	1	
GYNAZOLE 1	1	
miconazole 3 vaginal suppository	1	
terconazole	1	
TRIMO-SAN	3	

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

Medicamento	Nivel	Notas
alose tron	1	SP
aprepitant	1	QL
APRISO	3	
balsalazide	1	
BONJESTA	3	
CHOLBAM	3	SP, PA
dexlansoprazole dr	1	QL, OC
dicyclomine capsule, oral solution; 20 mg tablet	1	
doxylamine-pyridoxine	1	QL
ENTYVIO VIAL	2	SP, PA, OC
esomeprazole 20 mg, 40 mg capsule; packet, vial	1	QL, OC
famotidine oral suspension	1	
GATTEX	3	SP, PA
gavilyte-c	1	PPACA
gavilyte-g	1	PPACA
gavilyte-n	1	PPACA
hydrocortisone enema, suppository	1	
IQIRVO	2	SP, PA
lansoprazole	1	QL, OC
LINZESS	2	
LITHOSTAT	3	
lubiprostone	1	
mesalamine	1	
mesalamine dr	1	

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
metoclopramide oral solution, tablet	1	
MOTOFEN	3	
MOVANTIK	2	PA
OCALIVA	3	SP, PA
OLPRUVA	3	SP, PA
omeprazole 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule	1	QL, OC
ondansetron	1	
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet	1	
PANCREAZE	2	
pantoprazole	1	QL, OC
peg 3350-electrolyte	1	PPACA
peg-prep	1	PPACA
PHEBURANE	2	SP, PA, QL
rabeprazole tablet	1	QL, OC
RECTIV	3	
RELISTOR SYRINGE, VIAL	3	PA
REZDIFFRA	3	SP, PA, QL
SANCUSO	3	PA, QL
scopolamine	1	
SFROWASA	3	
sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate	1	PPACA
SUCRAID	3	SP, PA
sucrafate	1	
SYMPROIC	2	PA
TRULANCE	2	
VARUBI	3	PA, QL
VIBERZI	2	
VIOKACE	3	
VOQUEZNA TABLET	3	PA, QL
VOWST	3	SP, PA, QL
ZENPEP	2	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

AGENTES HORMONALES		
Medicamento	Nivel	Notas
ANGELIQ	3	
BIJUVA	3	
budesonide dr	1	
budesonide ec	1	
cetrorelix	1	SP, PA, OC
CETROTIDE	2	SP, PA, OC
COMBIPATCH	2	
CRINONE 4% GEL	3	PA
CYTOMEL	3	
DEPO-TESTOSTERONE	3	
desmopressin ampule, vial	1	SP
DUAVEE	2	
EGRIFTA SV	3	SP, PA
estradiol cream, gel packet, gel pump, patch, tablet, vaginal insert	1	QL
EVAMIST	3	
FENSOLVI	2	SP, PA, OC
fyremadel	1	SP, PA, OC
ganirelix	1	SP, PA, OC
GENOTROPIN	2	SP, PA
INTRAROSA	3	QL
levoxyl	1	
liothyronine tablet	1	
LUPRON DEPOT 3.75 MG, 11.25 MG KIT	2	SP, PA, OC
LUPRON DEPOT-PED	3	SP, PA, OC
lyllana	1	QL
medroxyprogesterone tablet	1	
MENOSTAR	3	QL
methylprednisolone dosepack, tablet	1	
mimvey	1	
MYFEMBREE	2	PA, QL
norethindrone 5 mg tablet	1	
OMNITROPE	2	SP, PA
ORIAHNN	2	PA, QL

AGENTES HORMONALES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
ORILISSA	2	PA, QL
OSPHENA	3	QL
prednisolone oral solution, syrup, tablet	1	
prednisone	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM, TABLET	2	
PREMPHASE	2	
PREMPRO	2	
progesterone capsule	1	
RAYALDEE	3	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	3	SP, PA, OC
SKYTROFA	2	SP, PA
SOMATULINE DEPOT	2	SP, PA, OC
SOMAVERT	2	SP, PA
testosterone gel, gel pump, packet	1	PA, QL
testosterone cypionate 200 mg/ml, 1,000 mg/10 ml, 2,000 mg/10 ml, 6,000 mg/30 ml	1	
thyroid	1	
UCERIS TABLET	3	PA, QL
unithroid	3	
XYOSTED	3	PA, QL
yuvaferm	1	QL

INFECCIONES		
Medicamento	Nivel	Notas
acyclovir capsule, oral suspension, tablet	1	
AEMCOLO	3	QL
albendazole	1	
amoxicillin	1	
amoxicillin-clavulanate	1	
ARIKAYCE	3	SP, PA
atovaquone	1	
atovaquone-proguanil	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
azithromycin packet, oral suspension, tablet	1	
BARACLUDE ORAL SOLUTION	2	SP
BAXDELA 450 MG TABLET	3	PA
BEYFORTUS	3	PPACA
CAYSTON	3	SP, PA, QL
cefdinir	1	
cefpodoxime	1	
cefuroxime tablet	1	
cephalexin	1	
CIPRO	3	
ciprofloxacin oral suspension, tablet	1	
clarithromycin	1	
clindamycin capsule, oral solution, vaginal cream	1	
CRESEMBA CAPSULE	3	PA
DIFICID	3	QL
doxycycline monohydrate	1	
EMVERM	1	
entecavir	1	SP, QL
EPCLUSA	2	SP, PA, QL
erythromycin capsule, tablet	1	
famciclovir	1	
fluconazole oral suspension, tablet	1	
flucytosine	1	
fosfomycin	1	
HARVONI	2	SP, PA, QL
hydroxychloroquine	1	
IMPAVIDO	3	PA
itraconazole	1	
KITABIS PAK	3	SP, PA, QL
LAGEVRIO (EUA)	2	QL
levofloxacin oral solution, tablet	1	
LIKMEZ	3	PA

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
LIVTENCITY	3	SP, PA, QL
MACROBID	3	
methenamine	1	
metronidazole capsule; 250 mg, 500 mg tablet; vaginal gel	1	
minocycline	1	
mondoxylene nl	1	
morgidox capsule	1	
nitazoxanide	1	
nitrofurantoin capsule; 25 mg/5 ml oral suspension	1	
NUZYRA 150 MG TABLET	3	SP, PA, QL
nystatin oral suspension, tablet	1	
oseltamivir	1	QL
PAXLOVID	2	QL
PEGASYS	2	SP, PA
penicillin v potassium	1	
permethrin	1	
posaconazole oral suspension, tablet	1	
PREVYMIS PELLETT PACKET, TABLET	3	SP
PRIFTIN	3	
pruradik	1	
pyrimethamine	1	PA
SIVEXTRO TABLET	3	PA
sulfamethoxazole-tmp oral suspension, tablet	1	
terbinafine tablet	1	
THALOMID	2	SP, PA
TOBI PODHALER	2	SP, PA, QL
tobramycin ampule	1	SP, PA, QL
valacyclovir	1	
valganciclovir	1	
VALTREX	3	
vancomycin capsule, oral solution	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### INFECCIONES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
vandazole	1	
VEMLIDY	2	SP
VIVJOA	3	SP, PA
VOSEVI	2	SP, PA, QL
XENLETA TABLET	3	PA, QL
XIFAXAN	2	QL
XOFLUZA	3	QL
ZEPATIER	2	SP, PA, QL
ZITHROMAX PACKET, ORAL SUSPENSION, TABLET, TRI-PAK	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION, TABLET	3	PA

### INFERTILIDAD

Medicamento	Nivel	Notas
clomiphene	1	OC
CRINONE 8% GEL	2	OC
ENDOMETRIN	2	OC
FOLLISTIM AQ	3	SP, PA, OC
GONAL-F	2	SP, PA, OC
GONAL-F RFF REDI-JECT	2	SP, PA, OC
MENOPUR	2	SP, PA, OC
NOVAREL	2	SP, PA, OC
OVIDREL	2	SP, PA, OC
PREGNYL	2	SP, PA, OC

### VARIOS

Medicamento	Nivel	Notas
acamprosate	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	1	
ADDYI	3	PA, QL, OC
AUSTEDO	3	SP, PA
AUSTEDO XR	3	SP, PA, QL
AUSTEDO XR TITRATION KIT	3	SP, PA, QL
CARBAGLU	3	SP
CERDELGA	2	SP, PA
cinacalcet	1	SP
CINRYZE	3	SP, PA, OC

### VARIOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
deferasirox	1	SP
deferiprone	1	SP, PA
DROPLET LANCET	1	
EVRYSDI	3	SP, PA
FILSPARI	2	SP, PA, QL
GALAFOLD	3	SP, PA
HAEGARDA	3	SP, PA
INGREZZA	3	SP, PA, QL
MICROLET LANCET	1	
MYALEPT	3	SP, PA
NITYR	2	SP, PA
NUEDEXTA	3	QL
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	1	
ORFADIN	3	SP, PA
PALYNZIQ	3	SP, PA
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE	1	
PRECISION XTRA B-KETONE STRIP	1	
RADICAVA ORS	3	SP, PA, QL
RUCONEST	3	SP, PA, OC
sapropterin	1	SP, PA
sodium chloride irrigation solution, inhalation vial	1	
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL
STRENSIQ	2	SP, PA
TECHLITE LANCET	1	
TEGLUTIK	3	SP, PA
TEGSEDI	3	SP, PA
TIGLUTIK	3	SP, PA
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	1	
VORTEX HOLDING CHAMBER	2	QL
VORTEX VHC LADYBUG MASK	2	QL
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	2	QL
VOXZOGO	3	SP, PA
VYLEESI	3	SP, PA, QL, OC
VYNDAMAX	3	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### VARIOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
VYNDAREL	3	SP, PA, QL
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNITS/5 ML	3	SP, PA

### ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Medicamento	Nivel	Notas
AVONEX	2	SP, PA
BAFIERTAM	2	SP, PA
BETASERON	2	SP, PA
dalfampridine er	1	SP, PA
dimethyl	1	SP
fingolimod	1	SP
FIRDAPSE	3	SP, PA, QL
glatopa	1	SP
KESIMPTA PEN	2	SP, PA
MAVENCLAD	3	SP, PA
MAYZENT	2	SP, PA
PLEGRIDY	2	SP, PA
REBIF	2	SP, PA
REBIF REBIDOSE	2	SP, PA
teriflunomide	1	SP
VUMERITY	2	SP, PA

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

Medicamento	Nivel	Notas
ACCRUFER	3	OC
AURYXIA	3	QL
betaine 1 gram/scoop powder	1	SP
calcitriol capsule, oral solution	1	OC
cyanocobalamin	1	
CYSTADANE	3	SP
dodex	1	
EFFER-K 10 MEQ, 20 MEQ TABLET	3	
FLORIVA CHEWABLE TABLET	2	PPACA
fluoride	1	PPACA, OC
folic acid 1000 mcg, 1 mg tablet	1	
lanthanum	1	

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
LOKELMA	2	
ludent fluoride	1	PPACA, OC
mvf-fluoride	2	PPACA
NEEVODHA	2	OC
OB COMPLETE CAPLET	3	OC
OB COMPLETE DHA, ONE, PETITE, PREMIER	2	
POLY-VI-FLOR	2	PPACA
potassium chloride oral solution, packet	1	
PRENATE AM, CHEWABLE, ESSENTIAL	2	OC
PRENATE DHA, ELITE, ENHANCE, MINI, PIXIE, RESTORE, STAR	3	
PRIMACARE	3	
QUFLORA PEDIATRIC DROPS; 1 MG CHEWABLE TABLET	2	PPACA
sevelamer	1	
sodium fluoride chewable tablet, drops	1	PPACA, OC
soluvita	1	PPACA, OC
TRI-VI-FLOR	2	PPACA
tri-vitamin with fluoride	1	PPACA
VELPHORO	2	
VELTASSA	2	
VITAFOL CAPLET, FE, GUMMIES, NANO, OB+DHA, ULTRA	3	
VITAFOL-ONE	3	
vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)	1	OC
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg/ml	1	PPACA

### PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

Medicamento	Nivel	Notas
alendronate	1	
BINOSTO	3	ST
ibandronate tablet	1	
raloxifene	1	PPACA
teriparatide	1	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Medicamento	Nivel	Notas
acetaminophen-codeine	1	PA
ACTEMRA ACTPEN, SYRINGE	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADBIM (CF)	2	SP, PA, QL
AIMOVIG	2	PA
AJOVY	2	PA
ARCALYST	3	SP, PA
AVSOLA	2	SP, PA, OC
BELBUCA	2	QL
BENLYSTA AUTO-INJECTOR, SYRINGE	3	SP, PA
BIMZELX	3	SP, PA, QL
buprenorphine patch	1	QL
butalbital-acetaminophen-caffeine capsule, tablet	1	QL
celecoxib	1	QL
CIMZIA	2	SP, PA, QL
colchicine	1	
COSENTYX PEN, SYRINGE	3	SP, PA, QL
cyclobenzaprine tablet	1	
CYLTEZO (CF)	2	SP, PA, QL
diclofenac 1% gel, tablet	1	QL
DUPIXENT	2	SP, PA
eletriptan	1	QL
EMGALITY	2	PA
ENBREL	2	SP, PA, QL
ENSPRYNG	3	SP, PA
febuxostat	1	QL
fentanyl lozenge, patch, effervescent tablet	1	PA
HUMIRA (by AbbVie)	2	SP, PA, QL
hydrocodone-acetaminophen	1	PA
hydromorphone oral solution, suppository, tablet	1	PA
HYSINGLA ER	2	PA
ibuprofen oral suspension; 300 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	1	

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
ILARIS	3	SP, PA, OC
ILUMYA	3	SP, PA, QL
indomethacin 25 mg, 50 mg capsule; oral suspension, 50 mg suppository	1	
INFLECTRA	2	SP, PA, OC
INFLIXIMAB	3	SP, PA, OC
ketorolac syringe, tablet, vial	1	QL
KEVZARA	3	SP, PA, QL
leflunomide	1	
lidocaine viscous	1	
meloxicam tablet	1	
metaxalone 400 mg, 800 mg tablet	1	
MITIGARE	2	
morphine er	1	PA
nabumetone	1	
NUCYNTA	3	PA
NUCYNTA ER	3	PA
NURTEC ODT	2	PA, QL
OLUMIANT	3	SP, PA, QL
OMVOH PEN, SYRINGE	2	SP, PA, QL
ORENCIA CLICKJECT, SYRINGE	3	SP, PA, QL
OTEZLA	2	SP, PA, QL
OTREXUP	2	PA
OXAYDO	3	PA
oxycodone ir capsule, oral concentrate, oral solution, ir tablet	1	PA
PROCTOFOAM-HC	3	
prolate	1	PA
QULIPTA	2	PA, QL
REMICADE	3	SP, PA, OC
RINVOQ	2	SP, PA, QL
RINVOQ LQ	2	SP, PA, QL
rizatriptan	1	QL
ROXYBOND	3	PA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional



## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
SAVELLA	3	
SELARSDI SYRINGE	2	SP, PA, QL
SILIQ	3	SP, PA, QL
SIMLANDI (CF)	2	SP, PA, QL
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
SIMPONI ARIA	2	SP, PA
SKYRIZI ON-BODY, PEN, SYRINGE	2	SP, PA, QL
SOTYKTU	2	SP, PA, QL
STELARA SYRINGE; 45 MG/0.5 ML VIAL	2	SP, PA, QL
sumatriptan	1	QL
TALTZ	2	SP, PA, QL
tanlor	1	
tramadol 50 mg, 100 mg tablet	1	QL
TREMFYA	2	SP, PA, QL
TYENNE AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
UBRELVY	2	PA, QL
vanadom	1	
VELSIPITY	2	SP, PA, QL
XELJANZ	2	SP, PA, QL
XELJANZ XR	2	SP, PA, QL
XTAMPZA ER	2	PA
YESINTEK SYRINGE; 45 MG/0.5 ML VIAL	2	SP, PA, QL
ZAVZPRET	2	PA, QL
zebutal	3	QL
ZEPOSIA	2	SP, PA
ZTLIDO	2	

### ENFERMEDAD DE PARKINSON

Medicamento	Nivel	Notas
APOKYN	3	SP, PA
benztropine tablet	1	
carbidopa-levodopa	1	

### ENFERMEDAD DE PARKINSON (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
CREXONT	3	ST
DUOPA	3	SP
INBRIJA	3	SP, PA
NEUPRO	3	
NOURIANZ	3	SP, PA, QL
pramipexole	1	QL
ropinirole	1	
RYTARY	3	ST
XADAGO	3	ST

### ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS<sup>2</sup>

Medicamento	Nivel	Notas
aripiprazole	1	QL
asenapine	1	
CAPLYTA	3	QL, ST
lurasidone	1	QL
olanzapine tablet	1	
paliperidone er	1	QL
quetiapine 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg tablet	1	
quetiapine er	1	
REXULTI	2	QL, ST
risperidone	1	
SECUADO	3	ST
VRAYLAR	3	QL, ST
ziprasidone capsule	1	

### TRASTORNOS CONVULSIVOS

Medicamento	Nivel	Notas
BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET	3	PA
carbamazepine er	1	
clonazepam	1	
DILANTIN 30 MG CAPSULE	2	PA
DILANTIN 100 MG CAPSULE; INFATAB, ORAL SUSPENSION	3	PA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
divalproex	1	
divalproex er	1	
EPIDIOLEX	3	SP, PA
FINTEPLA	3	SP, PA
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	2	PA
gabapentin	1	
lacosamide oral solution, tablet	1	
lamotrigine er	1	
lamotrigine odt	1	
levetiracetam er	1	
LYRICA ORAL SOLUTION	3	PA
NAYZILAM	2	PA, QL
oxcarbazepine	1	
OXTELLAR XR	3	PA
PHENYTEK	3	PA
pregabalin	1	
roweepra	1	
SPRITAM	3	PA
subvenite	1	
TEGRETOL XR	3	PA
topiramate	1	
topiramate er	1	QL
TROKENDI XR	3	QL
VALTOCO	2	PA, QL
vigpoder	1	SP
VIMPAT ORAL SOLUTION	2	
XCOPRI	3	PA, QL

### CONDICIONES CUTÁNEAS

Medicamento	Nivel	Notas
ABSORICA	3	
ACZONE 7.5% GEL PUMP	3	
adapalene-benzoyl peroxide	1	

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
ADBRY	2	SP, PA
azelaic acid	1	
BRYHALI	3	ST
CAPEX SHAMPOO	3	ST
CIBINQO	2	SP, PA, QL
clindamycin foam, gel, lotion, pledget, topical solution	1	
clobetasol 0.05% cream; foam, gel, lotion, ointment, shampoo, topical solution, topical spray	1	
CLODERM	3	ST
clotrimazole-betamethasone	1	
dapsone 5% gel	1	
DROPSAFE PREP PAD	1	
DRYSOL	3	
EBGLYSS	2	SP, PA
EUCRISA	2	ST
fluorouracil cream, topical solution	1	
halobetasol	1	
isotretinoin	1	
ketoconazole cream, foam, shampoo	1	
LITFULO	3	SP, PA, QL
mupirocin 2% ointment	1	
NAFTIN	3	
NEMLUVIO	2	SP, PA
neuac gel	1	
ONEXTON	3	
OPZELURA	3	PA
pimecrolimus	1	
PRAMOSONE	3	
QBREXZA	3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	3	PA_AGE
rosadan cream, gel	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
SANTYL	3	QL
sodium sulfacetamide-sulfur 9.8-4.8%, 10-2%, 10-5% cleanser; cream; lotion; pad; 8-4%, 10-5% topical suspension; wash	1	
SOOLANTRA	3	
sulfacleanse 8-4	1	
tacrolimus ointment	1	
tazarotene cream, gel	1	
tretinoin cream, gel	1	PA, AGE
triderm	1	
TWYNEO	3	
VALCHLOR	3	SP
XEPI	3	
zenatane	1	
ZORYVE 0.15% CREAM	2	QL, ST

### TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

Medicamento	Nivel	Notas
DAYVIGO	2	QL, ST
doxepin tablet	1	QL
eszopiclone	1	
LUMRYZ	3	SP, PA, QL
modafinil	1	PA
SODIUM OXYBATE (by Hikma)	3	SP, PA, QL
SUNOSI	2	PA, QL
temazepam	1	
WAKIX	3	SP, PA, QL
XYWAV	3	SP, PA, QL
zolpidem sublingual tablet, tablet	1	

### DEJAR DE FUMAR<sup>2</sup>

Medicamento	Nivel	Notas
APO-VARENICLINE	3	OC
bupropion sr 150 mg tablet	1	PPACA, OC

### DEJAR DE FUMAR<sup>2</sup> (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
NICOTROL	3	PPACA, OC
NICOTROL NS	3	PPACA, OC
varenicline	1	PPACA, OC

### ABUSO DE SUSTANCIAS

Medicamento	Nivel	Notas
buprenorphine-naloxone	1	
KLOXXADO	2	QL
LUCEMYRA	2	QL
naltrexone	1	QL
NARCAN	2	QL
OPVEE	3	QL
SUBOXONE	3	
ZIMHI	3	QL
ZUBSOLV	2	

### MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

Medicamento	Nivel	Notas
ENVARSUS XR	3	SP
everolimus 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg tablet	1	SP
LUPKYNIS	3	SP, PA, QL
mycophenolate capsule, oral suspension, tablet	1	SP
mycophenolic acid	1	SP
REZUROCK	3	SP, PA
sirolimus	1	SP
tacrolimus capsule	1	SP

### CONDICIONES URINARIAS

Medicamento	Nivel	Notas
alfuzosin er	1	
cevimeline	1	
dutasteride	1	
ELMIRON	3	
finasteride 5 mg tablet	1	
K-PHOS NO.2	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### CONDICIONES URINARIAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
K-PHOS ORIGINAL	3	
mirabegron er	1	QL
oxybutynin er	1	
phenazopyridine 100 mg, 200 mg tablet	1	
potassium citrate er	1	
solifenacin	1	QL
tamsulosin	1	
tolterodine er	1	QL
tropium er	1	
VANRAFIA	2	SP, PA, QL

### VACUNAS

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en [myCigna.com](https://mycigna.com), o consulte los materiales de su plan, para ver cómo las cubre su plan.

Medicamento	Nivel	Notas
ABRYSV0	3	PPACA
ACTHIB	2	PPACA
ADACEL TDAP	2	PPACA
AFLURIA 2	2	PPACA
AREXVY	3	PPACA
BEXSERO	2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	2	PPACA
CAPVAXIVE	2	PPACA
COMIRNATY	2	PPACA
DAPTACEL DTAP	2	PPACA
DENGAXIA	2	PPACA
ENGRIX-B	2	PPACA
FLUAD	2	PPACA
FLUAD QUAD	2	PPACA
FLUARIX	2	PPACA
FLUBLOK	2	PPACA
FLUCELVAX	2	PPACA
FLULAVAL	2	PPACA

### VACUNAS (cont.)

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en [myCigna.com](https://mycigna.com), o consulte los materiales de su plan, para ver cómo las cubre su plan.

Medicamento	Nivel	Notas
FLUMIST	3	PPACA
FLUZONE	2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	2	PPACA
GARDASIL 9	2	PPACA
HEPLISAV-B	2	PPACA
HIBERIX	2	PPACA
INFANRIX DTAP	2	PPACA
IPOLE	2	PPACA
JANSSEN COVID	2	PPACA
KINRIX	2	PPACA
MENQUADFI	2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	2	PPACA
M-M-R II VACCINE	2	PPACA
MODERNA COVID	2	PPACA
MRESVIA	3	PPACA
NOVAVAX COVID	2	PPACA
PEDIARIX	2	PPACA
PEDVAXHIB	2	PPACA
PENBRAYA	2	PPACA
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	2	PPACA
PENTACEL	2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	2	PPACA
PFIZER COVID	2	PPACA
PNEUMOVAX 23	2	PPACA
PREHEVBRI0	2	PPACA
PREVNAR 20	2	PPACA
PRIORIX	2	PPACA
PROQUAD	2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	2	PPACA
RECOMBIVAX HB	2	PPACA
ROTARIX	3	PPACA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Lista de medicamentos con receta Value de 3 niveles de Cigna Healthcare

### VACUNAS (cont.)

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en [myCigna.com](https://mycigna.com), o consulte los materiales de su plan, para ver cómo las cubre su plan.

Medicamento	Nivel	Notas
ROTATEQ	3	PPACA
SHINGRIX	2	QL, PPACA
SPIKEVAX COVID	2	PPACA
TDVAX	2	PPACA
TENIVAC	2	PPACA
TRUMENBA	2	PPACA
TWINRIX	2	PPACA
VARIVAX	2	PPACA
VAXELIS	2	PPACA
VAXNEUVANCE	2	PPACA

### VITAMINAS

Medicamento	Nivel	Notas
CITRANATAL MEDLEY	3	OC
POLY-VI-FLOR CHEWABLE TABLET	2	PPACA
POLY-VI-FLOR WITH IRON CHEWABLE TABLET	2	PPACA

### CONTROL DEL PESO

No todos los planes cubren medicamentos para el control del peso de venta con receta. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en [myCigna.com](https://mycigna.com), o consulte los materiales de su plan, para ver si su plan los cubre.

Medicamento	Nivel	Notas
CONTRACE	3	PA, OC
IMCIVREE	3	SP, PA, QL, OC
phentermine	1	OC
QSYMIA	3	PA, OC
SAXENDA	2	PA, OC
WEGOVY	2	PA, QL, OC
ZEPBOUND PEN	2	PA, QL, OC

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

## Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a preguntas que puede tener sobre su Lista de medicamentos y la cobertura de medicamentos con receta.

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

**R.** Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un 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.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando surja un genérico.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar reglas (requisitos) de cobertura adicionales para un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), 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 que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

También 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 con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y los genéricos).
- Medicamentos que tratan condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.<sup>4</sup>
- Medicamentos que no están aprobados la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

### P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

**R.** La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado.

Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

### 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 un medicamento necesita aprobación?

**R.** Consulte su Lista de medicamentos o inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

- **PA** (autorización previa) o **ST** (tratamiento escalonado), necesita aprobación para que su plan lo cubra.
- **QL** (límite a la cantidad), es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando de una vez.

## Preguntas frecuentes (cont.)

- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

#### R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas.
- Suelen usarse de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

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

#### R. Medicamentos que:

- Se toman en una cantidad mayor o durante más tiempo del recomendado.
- Se usan de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

### P. ¿Qué medicamentos forman parte del programa de tratamiento escalonado?

#### R. En general, medicamentos de alto costo que se usan para tratar ciertas condiciones, tales como:

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| • Trastorno por déficit de atención (TDA)/ | • Depresión             |
| Trastorno por                              | • Presión arterial alta |
| déficit de atención                        | • Colesterol alto       |
| con hiperactividad                         | • Osteoporosis          |
| (TDAH)                                     | • Dolor                 |
| • Alergias                                 | • Condiciones cutáneas  |
| • Problemas de vejiga                      | • Trastornos del sueño  |
| • Problemas respiratorios                  |                         |

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

R. No todos los medicamentos son adecuados para todas las edades. Algunos medicamentos son más eficaces en personas de cierta edad o dentro de un rango de edad específico. Con el paso del tiempo, los cambios en el organismo pueden disminuir la capacidad para descomponer o eliminar ciertos medicamentos, lo que hace que permanezcan más tiempo en el cuerpo. Por esta razón, una persona adulta mayor podría necesitar una dosis más baja o un medicamento diferente que sea más seguro.

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros 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 nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, 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. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura.

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.

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

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.



## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Sí.

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

**R.** Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

**P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?**

**R.** Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos), carencia nutritiva prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una cantidad suficiente de los nutrientes que necesita) y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

**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), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los planes cubran el costo total de ciertos medicamentos preventivos y productos de venta sin receta (OTC) preventivos. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible, por estos productos.

Para ver una lista de los medicamentos que cuestan \$0, visite **Cigna.com/PDL** y haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). En la sección *Preventive Drug Lists* (Listas de medicamentos preventivos), haga clic en el vínculo *PPACA No Cost-Share Preventive Drug List* (Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA).

**P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto me costará mi medicamento?**

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué opciones de menor costo están disponibles y qué farmacias tienen 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.<sup>5</sup>

**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 pensar en la posibilidad de usar un medicamento que esté cubierto en un nivel inferior, como un medicamento genérico o de marca preferida, o en pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Pregúntele a su médico si alguna de estas opciones puede ser adecuada para usted.

**P. ¿Qué es un medicamento genérico?**

**R.** Un genérico es igual que su versión de marca. Tiene los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación, trata la(s) misma(s) condición(es), y actúa de la misma manera. Además, en general, cuesta menos.<sup>3</sup> Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

**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 los medicamentos de marca.<sup>3</sup>

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

**R.** Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:<sup>3</sup>

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.
- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

## Preguntas frecuentes (cont.)

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

### P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.<sup>6</sup>

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

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

### P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>7</sup>

### Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy

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. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.<sup>8</sup>
- Obtenga un suministro para un máximo de 90 días de una vez.
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Suscríbase a las renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.<sup>9</sup>
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

### Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

- En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del

nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,

### 2. Por teléfono.

- Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
- Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### Despache los medicamentos de especialidad a través de Accredo® Specialty Pharmacy

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.<sup>8</sup>
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.<sup>10</sup>
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

Para empezar, 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.

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

R. Use las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos (y qué opciones de menor costo pueden estar disponibles), 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 entrega a domicilio.

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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 profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>11</sup>

- Medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
  - Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
  - Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe.
  - Dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan.
  - Medicamentos que no son médicamente necesarios.
  - Medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
  - Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
  - Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
  - Medicamentos usados para la fertilidad,<sup>12</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>12</sup> o para mejorar el desempeño atlético.
  - Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
  - Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
  - Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
  - Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
  - Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
  - La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
  - Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
  - Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.
- Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

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. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. 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. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al número que aparece en su tarjeta de ID.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. [fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts](https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts).
4. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
5. 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.
6. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Biosimilar Basics for Patients". Última actualización: 1 de agosto de 2024. [fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients).
7. **No todos los planes ofrecen Express Scripts Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare, Evernorth Health Services, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos 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 (en la medida que su plan lo permita).
8. Su plan paga el costo del envío estándar.
9. Express Scripts Pharmacy puede renovar automáticamente determinados medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al 800.835.3784, para suscribirse. 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 cuando llame al 800.835.3784 para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
10. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
11. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
12. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.



# 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 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](mailto:ACAGrievance@CignaHealthcare.com)

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la 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>

Todos 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, 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, incluidas 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). 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

## 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 Viet, 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 fòm 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 Sprachassistentendienste 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