



# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024



## ¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Preguntas frecuentes	24
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	28

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2023.\* En Internet podrá ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



**Aplicación myCigna®<sup>1</sup> o myCigna.com®.** Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



**Cigna.com/druglist.** Seleccione **Legacy 3 Tier** (Legacy de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

### ¿Tiene preguntas?

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

\* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de enero de 2016

Última actualización: 1 de agosto de 2023, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2024

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2024

## 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 Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están agrupados según la condición que tratan, y luego se los ordena alfabéticamente (según el inglés) dentro de niveles que representan niveles de costo compartido.

La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL I \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>AGENTES HORMONALES</b>		
AMABELZ	ANDRODERM (PA, QL)	ACTHAR GEL* (PA)
budesonide dr	CETROTIDE*^ (PA)	ACTIVELLA
budesonide ec	COMBIPATCH	ANDROGEL (PA, QL)
budesonide er (PA, QL)	DUAVEE	ANGELIQ
cabergoline (QL)	ESTRING (QL)	AYGESTIN
desmopressin anpule, vial*	HUMATROPE* (PA)	BIJUVA
dexamethasone intensol	LUPRON DEPOT* (PA)	CORTROPHIN* (PA)
DOTTI (QL)	LUPRON DEPOTPED* (PA)	FENSOLVI* (PA)
estradiol (once weekly)	MEDROL 2 MG TABLET	INTRAROSA (QL)
estradiol 10mcg vaginal insert (QL)	MYFEMBREE (PA, QL)	ISTURISA* (PA, QL)
estradiol (twice weekly) (QL)	NORDITROPIN	LANREOTIDE* (PA)
estradiol- norethindrone	FLEXPRO* (PA)	LUPANETA PACK* (PA)
EUTHYROX	ORIAHNN (PA, QL)	MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET
fyremadel*^ (PA)	ORLISSA (PA, QL)	MEDROL 4 MG DOSEPAK
LEVO-T	PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM	MENOSTAR (QL)
levothyroxine tablet	APPLICATOR	MYFEMBREE (QL)
LEVOXYL	PREMPHASE	OMNITROPE* (PA)
liothyronine	PREMPRO	OSPHENA (QL)
LYLLANA (QL)	SEROSTIM* (PA)	PROMETRIUM
medroxy-progesterone	SOMATULINE DEPOT* (PA)	RAYALDEE
methyl-prednisolone	SOMAVERT* (PA)	SANDOSTATIN LAR DEPOT* (PA)
millipred		SIGNIFOR LAR* (PA)
MIMVEY		SUPPRELIN LA* (PA)
norethindrone		TESTOPEL (PA)
		TRIOSTAT
		TRIPTODUR* (PA)

El Nivel (nivel de costo compartido) le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento

Los medicamentos están agrupados según la **condición** que tratan

Los medicamentos están enumerados en **orden alfabético** (según el inglés) dentro de cada columna

Los **medicamentos de especialidad** tienen un asterisco (\*) junto al nombre

Los medicamentos de marca están escritos en **mayúscula**

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** junto al nombre

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

## Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

- |  |                                      |        |
|--|--------------------------------------|--------|
| • Nivel 1 – Habitualmente genéricos            | (Medicamentos con el costo más bajo) | \$     |
| • Nivel 2 – Habitualmente marcas preferidas    | (Medicamentos de costo medio)        | \$\$   |
| • Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas | (Medicamentos con el costo más alto) | \$\$\$ |

## Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen límites y/o requisitos de cobertura adicionales tienen una abreviatura junto al nombre.\* Esto es lo que significan.

**(PA)** **Autorización previa:** Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(PA)** junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.

**(QL)** **Límites a la cantidad:** Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.

**(ST)** **Tratamiento escalonado:** Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.\*\* Estos medicamentos tienen la abreviatura **(ST)** junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.

**(AGE)** **Requisitos de edad:** Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(AGE)** junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.

\* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

\*\* Si su médico considera que una alternativa no es adecuada para usted, podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

## 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.

## Los medicamentos de especialidad orales tienen un asterisco junto al nombre

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión, y es posible que necesiten un manejo especial (como refrigeración). Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen un asterisco (\*) al lado del nombre.

## Los medicamentos preventivos sin costos compartidos tienen un signo de más al lado del nombre

La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de más (+) al lado del nombre.

## Es posible que algunos planes cubran ciertos medicamentos no cubiertos

Los planes pueden decidir ofrecer cobertura para ciertos medicamentos/productos y/o clases de medicamentos que en general no están cubiertos. En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos/productos tienen un signo de intercalación (^) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver si su plan los cubre.

## Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque su condición en la siguiente lista ordenada alfabéticamente según el inglés. Luego vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
SIDA/VIH	6	PRODUCTOS FEMENINOS	15
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	15, 16
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	AGENTES HORMONALES	16, 17
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6, 7	INFECCIONES	17
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	7	INFERTILIDAD	18
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7, 8	VARIOS	18
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	8	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	18
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	8, 9	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	18, 19
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	9	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	19
CÁNCER	9	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	19, 20
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	9	ENFERMEDAD DE PARKINSON	20
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	10, 11	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	20
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	20
PRODUCTOS DENTALES	11, 12	CONDICIONES CUTÁNEAS	20, 21
DIABETES	12-14	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	21, 22
DIURÉTICOS	14	DEJAR DE FUMAR	22
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	14	ABUSO DE SUSTANCIAS	22
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	14	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	22
CONDICIONES OCULARES	15	CONDICIONES URINARIAS	22
		VACUNAS	22, 23
		VITAMINAS	23
		CONTROL DEL PESO	23

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## SIDA/VIH

efavirenz- emtricitabine- tenofovir* (QL)	BIKTARVY* (QL)	APREUDE*+ (PA)
emtricitabine- tenofovir 200-300 mg*+ etravirine* ritonavir* tenofovir* (PA)	DESCOVY 200-25 MG TABLET*+ (PA)	CABENUVA*^ (PA)
	DOVATO* (QL)	CIMDUO* (PA)
	GENVOYA* (QL)	COMPLERA* (PA, QL)
	ISENTRESS HD* (PA)	DELSTRIGO* (PA,QL)
	ISENTRESS*	ODEFSEY* (PA, QL)
	JULUCA* (QL)	PIFELTRO* (PA)
	PREZISTA*	PREZCOBIX* (PA)
	SYM TUZA* (QL)	RUKOBIA* (PA, QL)
	TIVICAY PD*	STRIBILD* (PA, QL)
	TIVICAY*	SYMFI* (PA, QL)
	TRIUMEQ* (QL)	SYMFI LO* (PA, QL)
	TRIUMEQ PD* (QL)	TRUVADA* (PA)
		VIREAD*

## ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine		AUVI-Q (PA, QL)
azelastine- fluticasone		BECONASE AQ (ST)
cromolyn oral concentrate		CLARINEX
desloratadine (QL)		DYMISTA (ST)
epinephrine (QL)		EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR (PA, QL)
fluticasone		EPIPEN (PA, QL)
hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet		EPIPEN JR (PA, QL)
hydroxyzine pamoate		GASTROCROM
ipratropium		GRASTEK (PA, QL)
levocetirizine		KARBINAL ER (PA)
mometasone (QL)		ODACTRA (PA, QL)
olopatadine		OMNARIS (ST)
promethazine solution, syrup, tablet		ORALAIR (PA, QL)
		PALFORZIA* (PA)
		PATANASE
		QNASL (ST)
		QNASL CHILDREN
		RAGWITEK (PA, QL)
		RYVENT (PA)
		SYMJEPI (PA, QL)
		VISTARIL
		XHANCE (ST)
		ZETONNA (ST)

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil	NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	ARICEPT
donepezil odt		EXELON
memantine		MESTINON
memantine er (QL)		NAMENDA 5, 10 MG TABLET
pyridostigmine 60 mg/5 ml soln		NAMENDA XR (QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (cont.)

pyridostigmine er rivastigmine		NAMZARIC (QL)
		pyridostigmine 30mg (PA, QL)
		PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET (PA,QL)

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

alprazolam		APLENZIN (PA, QL)
alprazolam er		APLENZIN ER (PA, QL)
alprazolam intensol		BUPROPION XL 450 MG TABLET (PA, QL)
alprazolam odt		CELEXA (PA,QL)
alprazolam xr		CITALOPRAM 30 MG CAPSULE (PA,QL)
amitriptyline		CYMBALTA (PA, QL)
bupropion (QL)		DESVENLAFAXINE ER (PA,QL)
bupropion sr (QL)		DRIZALMA SPRINKLE (QL, ST)
bupropion xl 150 mg tablet (QL)		EFFEXOR XR (PA,QL)
bupropion xl 300 mg tablet (QL)		EMSAM (QL)
buspirone		FETZIMA (QL, ST)
clomipramine		FORFIVO XL (PA, QL)
duloxetine (QL)		LEXAPRO (PA, QL)
escitalopram (QL)		LOREEV XR (PA, QL)
fluoxetine dr (QL)		NUPLAZID* (PA)
fluoxetine (QL)		PAMELOR (PA)
fluvoxamine (QL)		PAXIL (PA,QL)
fluvoxamine er (QL)		PAXIL CR (PA,QL)
lorazepam		PEXEVA (PA, QL)
lorazepam intensol		PRISTIQ (PA,QL)
mirtazapine		PROZAC (PA,QL)
paroxetine cr (QL)		REMERON (PA)
paroxetine er (QL)		SERTRALINE 150 MG CAPSULE (PA, QL)
paroxetine (QL)		SERTRALINE 200 MG CAPSULE (PA, QL)
sertraline tablet (QL)		SPRAVATO* (PA)
trazodone		TRINTELLIX (QL, ST)
venlafaxine (QL)		VIIBRYD (PA, QL)
venlafaxine er (QL)		WELLBUTRIN SR (PA,QL)
		WELLBUTRIN XL (PA, QL)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

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

XANAX  
XANAX XR  
ZOLOFT (PA,QL)

## ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

albuterol	ADEMPAS* (PA)	ADVAIR DISKUS (ST)
alyq* (PA)	ADVAIR HFA (QL)	ADCIRCA* (PA)
ambrisentan* (PA)	ANORO ELLIPTA (QL)	AIRDUO (QL, ST)
budesonide (QL)	ASMANEX (QL)	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (PA,QL)
fluticasone-salmeterol (QL)	ASMANEX HFA (QL)	ALVESCO
ipratropium-albuterol	ATROVENT HFA (QL)	ARMONAIR
montelukast	BREO ELLIPTA (QL)	DIGIHALER (ST)
tadalafil* (PA)	BREZTRI	ARNUITY ELLIPTA (ST)
wixela inhub (QL)	AEROSPHERE (QL)	BEVESPI
	COMBIVENT	AEROSPHERE (PA,QL)
	RESPIMAT (QL)	BRONCHITOL* (PA)
	DULERA (QL)	BUDESONIDE-FORMOTEROL (PA, QL)
	FASENRA PEN* (PA)	DALIRESP (QL)
	INCRUSE ELLIPTA	DUAKLIR PRESSAIR (PA,QL)
	NUCALA* (PA)	FLOVENT DISKUS (PA,QL)
	OFEV* (PA)	FLOVENT HFA (PA,QL)
	OPSUMIT* (PA)	FLUTICASONE HFA (PA, QL)
	PULMOZYME* (PA)	FLUTICASONE-SALMETEROL (PA,QL)
	QVAR REDIHALER	KALYDECO* (PA, QL)
	SPIRIVA	LETAIRIS* (PA)
	HANDIHALER (QL)	LEVALBUTEROL HFA (PA, QL)
	SPIRIVA RESPIMAT (QL)	LONHALA
	STIOLTO RESPIMAT (QL)	MAGNAIR (PA, QL)
	STRIVERDI	ORENITRAM ER* (PA)
	RESPIMAT (QL)	ORKAMBI* (PA, QL)
	TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRINGE* (PA)	PERFOROMIST (PA, QL)
	TRACLEER* (PA)	PROAIR (PA, QL)
	TRELEGY ELLIPTA (QL)	PROVENTIL HFA (PA, QL)
	UPTRAVI* (PA)	PULMICORT
	XOLAIR* (PA)	FLEXHALER (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

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

PULMICORT  
RESPULE (QL)  
REVATIO 10 MG/ML, 20 MG\* (PA)  
SEREVENT DISKUS (QL,ST)  
SINGULAIR  
SYMBICORT (QL,ST)  
SYMBICORT (ST)  
TUDORZA PRESSAIR (ST)  
TRIKAFTA\* (PA, QL)  
TYVASO REFILL KIT\* (PA)  
VENTOLIN HFA (PA, QL)  
XOPENEX HFA (PA, QL)  
YUPELRI (PA)

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

amphetamine (PA)	MYDAYIS (PA, QL)	ADDERALL (PA, ST)
atomoxetine (QL)	VYVANSE (PA, QL)	ADDERALL XR (PA, ST, QL)
dexmethylphenidate (PA, QL)		ADHANSIA XR (PA, ST, QL)
dexmethylphenidate er (PA, QL)		ADZENYS XR-ODT (PA, QL)
dextro-amphetamine (PA, QL)		APTENSIO XR (PA, ST, QL)
guanfacine er		AZSTARYS (PA, ST, QL)
methylphenidate (PA)		CONCERTA (PA, ST, QL)
methylphenidate cd (PA, QL)		COTEMPLA XR-ODT (PA, QL)
methylphenidate er (PA,QL)		DAYTRANA (PA, QL)
methylphenidate er (cd) (PA, QL)		DYANAVEL XR (PA, QL)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		EVEKEO ODT (PA,ST)
methylphenidate la (PA, QL)		FOCALIN (PA,ST)
		FOCALIN XR (PA, ST, QL)
		INTUNIV (PA)
		JORNAY PM (PA, QL, ST)
		METHYLIN (PA)
		methylphenidate er 72 mg tablet (PA, QL)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>2</sup> (cont.)

		QELBREE (PA, QL) QUILLICHEW ER (PA, QL) QUILLIVANT XR (PA, QL) RELEXXII (PA, QL) RITALIN (PA, ST) RITALIN LA (PA, ST, QL) STRATTERA (PA) STRATTERA 40 MG CAPSULE (PA, QL)
--	--	--

## MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500 mg, 1,000 mg*	ADYNOVATE*^ (PA)	ADVATE*^ (PA)
tranexamic acid 650 mg*	AFSTYLA*^ (PA)	DOPTELET* (PA)
	ARANESP*^ (PA)	EMPAVELI* (PA)
	DROXIA	FULPHILA* (PA)
	ELOCTATE*^ (PA)	GRANIX* (PA)
	EPOGEN*^ (PA)	HEMLIBRA* (PA)
	ESPEROCT*^ (PA)	MIRCERA*^ (PA)
	JIVI*^ (PA)	NEUPOGEN* (PA)
	KOGENATE FS*^ (PA)	NUWIQ*^ (PA)
	KOVALTRY*^ (PA)	OXBRYTA* (PA, QL)
	NEULASTA* (PA)	PROMACTA* (PA)
	NIVESTYM*^ (PA)	RECOMBINATE*^ (PA)
	NOVOEIGHT*^ (PA)	SIKLOS (PA)
	NYVEPRIA* (PA)	TAVALLISSE* (PA)
	PROCRIT*^ (PA)	TAVNEOS* (PA, QL)
	RETACRIT*^ (PA)	XYNTHA
	UDENYCA* (PA)	SOLOFUSE*^ (PA)
	ZARXIO*^ (PA)	XYNTHA*^ (PA)
		ZIEXTENZO* (PA)

## MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amiodarone	CORLANOR (PA)	ALTACE (ST)
amlodipine	ENTRESTO (QL)	ATACAND (PA)
amlodipine-benazepril	NORLIQVA (PA, QL)	AVALIDE (ST)
amlodipine-olmesartan (QL)	TEKURNA HCT (QL)	AVAPRO (ST)
amlodipine-valsartan	VERQUVO (PA, QL)	BERINERT*^ (PA)
atenolol		BETAPACE AF (PA)
benazepril		BIDIL (QL)
bisoprolol		BYSTOLIC (PA, QL)
bisoprolol-hctz		CALAN SR
candesartan		CARDIZEM (PA)
cartia xt		CARDIZEM CD (PA)
		CARDIZEM LA 120mg (QL)
		CARDURA

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

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

carvedilol		CATAPRES-TTS 1
carvedilol er (QL)		CATAPRES-TTS 2
clonidine		CATAPRES-TTS 3
diltiazem		CINRYZE*^ (PA)
diltiazem 12hr er		CONJUPRI (PA)
diltiazem 24hr er		CONSENSI (PA, QL)
diltiazem 24hr er (la)		COREG (PA)
diltiazem 24hr er (xr)		COREG CR (PA, QL)
DILT-XR		CORGARD (PA)
dofetilide (QL)		COZAAR (ST)
doxazosin		DEMSEER (PA)
droxidopa*		DIOVAN (ST)
enalapril		DIOVAN HCT (ST)
flecainide		EDARBI (PA, QL)
guanfacine		EDARBYCLOR (PA)
hydralazine tablet		EPANED
icatibant* (PA)		EXFORGE (PA)
irbesartan		EXFORGE HCT
irbesartan-hctz		FIRAZYR* (PA)
labetalol tablet		HAEGARDA* (PA)
lisinopril		HEMANGEOL (PA)
lisinopril-hctz		HYZAAR (ST)
losartan		INDERAL LA (PA)
losartan-hctz		INDERAL XL (PA)
matzim la		INNOPRAN XL (PA)
metoprolol succinate		KAPSPARGO SPRINKLE (PA)
metoprolol metyrosine (PA)		KATERZIA (PA, QL)
nadolol		LOPRESSOR (PA)
nebivolol (QL)		LOTENSIN (ST)
nifedipine		LOTREL (PA)
nifedipine er		MICARDIS (QL, ST)
olmesartan (QL)		MINIPRESS
olmesartan-amlodipine-hctz		MULTAQ (PA)
olmesartan-hctz (QL)		NITROSTAT
pacerone 200 mg tablet		NORTHERA* (PA)
prazosin		NORVASC
propranolol tablet		ORLADEYO* (PA, QL)
propranolol er		pacerone 100 mg, 400 mg tablet (PA)
ramipril		PROCARDIA XL
ranolazine er (QL)		QBRELIS (PA)
sajazir* (PA)		RANEXA (PA, QL)
taztia xt		RELEUKO*^ (PA)
telmisartan (QL)		RUCONEST*^ (PA)
		SOTYLIZE
		TAKHZYRO* PA
		TEKURNA (QL)
		TENORETIC 100 (PA)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

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

telmisartan-hctz (QL)		TENORETIC 50 (PA)
tiadylt er		TENORMIN (PA)
valsartan 40mg		TIAZAC
valsartan 80mg		TIKOSYN (PA, QL)
valsartan 160mg		TOPROL XL (PA)
valsartan 320mg		VALSARTAN 4 MG/ML SOLUTION (ST)
valsartan-hctz		VASOTEC (PA)
verapamil er		VERELAN PM
verapamil er pm		ZESTORETIC (ST)
verapamil tablet		ZESTRIL (ST)
verapamil sr		ZIAC (PA)

## DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

clopidogrel	BRILINTA	ARIXTRA* (QL)
enoxaparin* (QL)	ELIQUIS (PA)	LOVENOX* (QL)
fondaparinux	FRAGMIN* (QL)	PLAVIX
sodium* (QL)	XARELTO (PA)	PRADAXA (PA)
jantoven		SAVAYSA (PA,QL)
warfarin		ZONTIVITY

## CÁNCER

abiraterone* (PA)	ALECENSA* (PA, QL)	AFINITOR* (PA, QL)
anastrozole+	BRUKINSA* (PA, QL)	AFINITOR DISPERZ* (PA, QL)
capecitabine* (PA)	CABOMETYX* (PA)	ALUNBRIG* (PA, QL)
everolimus* (PA, QL)	CALQUENCE* (PA)	ARIMIDEX
exemestane+	ERIVEDGE* (PA)	AROMASIN
hydroxyurea	ERLEADA* (PA)	AYVAKIT* (PA,QL)
imatinib* (QL)	GLEOSTINE	BOSULIF* (PA, QL)
lenalidomide* (PA,QL)	IMBRUVICA* (PA, QL)	BRAFTOVI* (PA)
letrozole	LYNPARZA* (PA, QL)	COMETRIQ* (PA QL)
mercaptopurine	NEXAVAR* (PA,QL)	COTELLIC* (PA)
methotrexate	REVLIMID* (PA, QL)	EXKIVITY* (PA)
tamoxifen+	RUBRACA* (PA, QL)	GAVRETO* (PA,QL)
temozolomide* (PA)	SPRYCEL* (PA, QL)	GLEEVEC* (PA, QL)
	TREXALL	IBRANCE* (PA,QL)
	VENCLEXTA* (PA)	ICLUSIG* (PA, QL)
	VENCLEXTA	INLYTA* (PA)
	STARTING PACK* (PA)	JAKAFI* (PA, QL)
	VERZENIO* (PA,QL)	KISQALI* (PA,QL)
	XTANDI* (PA)	KISQALI FEMARA
	ZEJULA* (PA,QL)	CO-PACK* (PA,QL)
		LENVIMA* (PA)
		LONSURF* (PA)
		LORBRENA* (PA,QL)
		LUMAKRAS* (PA,QL)
		MEKINIST* (PA,QL)
		MEKTOVI* (PA, QL)
		NERLYNX* (PA)
		NINLARO* (PA, QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## CÁNCER (cont.)

		NUBEQA* (PA)
		ODOMZO* (PA)
		ORGOVYX* (PA)
		PHESGO*^ (PA)
		PIQRAY* (PA)
		POMALYST* (PA, QL)
		PURIXAN*
		RETEVMO* (PA,QL)
		ROZLYTREK* (PA)
		SCEMBLIX* (PA,QL)
		STIVARGA* (PA, QL)
		TAFINLAR* (PA, QL)
		TAGRISSO* (PA)
		TALZENNA* (PA,QL)
		TASIGNA* (PA, QL)
		TIBSOVO* (PA)
		TUKYSA* (PA)
		VITRAKVI* (PA)
		VIZIMPRO* (PA)
		WELIREG* (PA,QL)
		XALKORI* (PA, QL)
		XATMEP
		XELODA* (PA)
		XOSPATA* (PA)
		XTANDI* (PA)
		YONSA* (PA)
		ZELBORAF* (PA)

## MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin 10 mg, 20 mg+	NEXLETOL (PA, QL)	CADUET (QL)
colesevelam	NEXLIZET (PA, QL)	CRESTOR (PA, QL)
ezetimibe	REPATHA (PA)	EZALLOR SPRINKLE
ezetimibe-simvastatin	VASCEPA (PA)	40 MG CAPSULE (ST)
fenofibrate		FENOGLIDE (PA)
fenofibric acid		FLOLIPID (ST)
fluvastatin+		LIPITOR (PA)
fluvastatin er+		LIPOFEN (ST)
icosapent ethyl		LIVALO (PA,QL)
lovastatin 20mg, 40 mg+		LOVAZA (PA)
omega-3 acid ethyl esters		PRALUENT (PA)
pravastatin+		ROSZET (PA)
rosuvastatin 5 mg, 10 mg+ (QL)		simvastatin 20 mg/5 ml (ST)
simvastatin tablet+ (QL)		TRICOR (ST)
		TRILIPIX (ST)
		VYTORIN (ST)
		ZETIA
		ZOCOR (PA)
		ZYPITAMAG (ST)

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS</b>			<b>PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)</b>		
AFIRMELLE+ ALTAVERA+ ALYACEN+ AMETHIA+ AMETHYST+ APRI+ ARANELLE+ ASHLYNA+ AUBRA EQ+ AUBRA+ AUROVELA 24 FE+ AUROVELA FE+ AUROVELA+ AVIANE+ AYUNA+ AZURETTE+ BALZIVA+ BLISOVI 24 FE+ BLISOVI FE+ BRIELLYN+ CAMILA+ CAMRESE LO+ CAMRESE+ CAYA CONTOURED+ CAZIAN+ CHARLOTTE 24 FE+ CHATEAL EQ+ CHATEAL+ CRYSELLE+ CYRED EQ+ CYRED+ DASETTA+ DAYSEE+ DEBLITANE+ desogestrel-ethinyl estradiol+ desogestrel-ethinyl estradiol-ethinyl estradiol+ DOLISHALE+ drospirenone- ethinyl estradiol- levomefolate+ drospirenone- ethinyl estradiol+ ELINEST+ ELURYNG+ ENPRESSE+ ENSKYCE+ ERRIN+ ESTARYLLA+	LO LOESTRIN FE NEXPLANON*+	ANNOVERA BALCOLTRA BEYAZ ELLA+ KYLEENA*+ LAYOLIS FE+ LILETTA*+ LOESTRIN FE MINASTRIN 24 FE MIRENA*+ NATAZIA NEXTSTELLIS NUVARING PARAGARD T 380- A*+ PHEXXI+ (PA) SAFYRAL SKYLA*+ SLYND TAYTULLA TWIRLA+ TYBLUME YASMIN 28 YAZ	ethynodiol-ethinyl estradiol+ etonogestrel- ethinyl estradiol+ FALMINA+ FEMCAP+ FEMYNOR+ GEMMILY+ HAILEY 24 FE+ HAILEY FE+ HAILEY+ HEATHER+ ICLEVIA+ INCASSIA+ ISIBLOOM+ JAIMIESS+ JASMIEL+ JENCYCLA+ JOLESSA+ JULEBER+ JUNEL FE 24+ JUNEL FE+ JUNEL+ KAITLIB FE+ KALLIGA+ KARIVA+ KELNOR 1-35+ KELNOR 1-50+ KURVELO+ LARIN 24 FE+ LARIN FE+ LARIN+ LEENA+ LESSINA+ LEVONEST+ levonorgestrel- ethinyl estradiol+ LEVORA+ LOJAIMIESS+ LORYNA+ LOW-OGESTREL+ LO- ZUMANDIMINE+ LUTERA+ LYLEQ+ LYZA+ MARLISSA+ medroxy- progesterone+ MERZEE+ MICROGETIN 24 FE+		

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

MICROGESTIN FE+  
 MICROGESTIN+  
 MILI+  
 MONO-LINYAH+  
 NECON+  
 NEW DAY+  
 NIKKI+  
 NORA-BE+  
 norethindrone+  
 norethindrone-  
 ethinyl estradiol-  
 iron+  
 norethindrone-  
 ethinyl estradiol+  
 norethindrone-  
 ethinyl estradiol-  
 ferrous fumarate  
 norgestimate-  
 ethinyl estradiol+  
 NORTREL+  
 NYLIA+  
 NYMYO+  
 OCELLA+  
 PHILITH+  
 PIMTREA+  
 PIRMELLA+  
 PORTIA+  
 RECLIPSEN+  
 RIVELSA+  
 SETLAKIN+  
 SHAROBEL+  
 SIMLIYA+  
 SIMPESE+  
 SPRINTEC+  
 SRONYX+  
 SYEDA+  
 TARINA 24 FE+  
 TARINA FE 1-20  
 EQ+  
 TARINA FE+  
 taysofy+  
 TILIA FE+  
 TRI FEMYNOR+  
 TRI-ESTARYLLA+  
 TRI-LEGEST FE+  
 TRI-LINYAH+  
 TRI-LO-  
 ESTARYLLA+  
 TRI-LO-MARZIA+  
 TRI-LO-MILI+  
 TRI-LO-SPRINTEC+

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

TRI-MILI+  
 TRI-NYMYO+  
 TRI-SPRINTEC+  
 TRIVORA+  
 TRI-VYLIBRA LO+  
 TRI-VYLIBRA+  
 TULANA+  
 TYDEMY+  
 VELIVET+  
 VESTURA+  
 VIENVA+  
 VIORELE+  
 VOLNEA+  
 VYFEMLA+  
 VYLIBRA+  
 WERA+  
 wide seal  
 diaphragm+  
 WYMZYA FE+  
 XULANE+  
 ZAFEMY+  
 ZOVIA 1-35+  
 ZUMANDIMINE+

## MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
benzonatate 150mg capsule (PA) brompheniramine- pseudoephedrine -dm hydrocodone- chlorpheniramne er (PA) promethazine-dm		HYCODAN (PA, QL) TUXARIN ER (PA,QL) TUZISTRA XR (PA, QL)

## PRODUCTOS DENTALES

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
chlorhexidine DENTA 5000 PLUS DENTAGEL doxycycline hyclate fluoride+^ FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% ORALONE PERIOGARD SF 1.1% GEL SF 5000 PLUS sodium fluoride+^ sodium fluoride 5000 dry mouth	PREVIDENT 0.2% RINSE	CLINPRO 5000 FLORIVA+^ FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF JUST RIGHT 5000 PERIDEX PREVIDENT 1.1% GEL PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PREVIDENT 5000 DRY MOUTH PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>PRODUCTOS DENTALES</b>		
sodium fluoride 5000 plus triamcinolone		PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE PREVIDENT 5000 PLUS PREVIDENT 5000 SENSITIVE

<b>DIABETES</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS (PA)	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS	ADMELOG (PA, QL) ADVANCED GLUCOSE TEST STRIPS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS (PA)	BAQSIMI (QL)	ADVOCATE TEST STRIPS
ABOUTTIME PEN NEEDLE (PA)	BASAGLAR (QL)	ADLYXIN (PA,QL)
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	BYDUREON (PA, QL)	ADVOCATE REDI- CODE TEST STRIP
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	DEXCOM G6 RECEIVER (PA, QL)	AFREZZA (PA, QL)
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	DEXCOM G6 SENSOR (PA, QL)	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	DEXCOM G6 TRANSMITTER (PA, QL)	APIDRA (PA, QL)
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	FARXIGA (QL, ST)	ASSURE 4 TEST STRIPS
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET KIT	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL)	ASSURE PLATINUM TEST STRIP
ACCU-CHEK FASTCLIX	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL)	ASSURE PRISM MULTI
LANCING DEVICE	FREESTYLE LIBRE READER (PA, QL)	BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
ACCU-CHEK MULTICLIX	GLUCAGEN HYPO KIT (QL)	CARESENS N
LANCET KIT	GLYXAMBI (QL, ST)	CARETOUCH TEST STRIPS
ACCU-CHEK SMARTVIEW	HUMALOG	CEQUR
CONTROL SOLUTION	100 UNIT/ML CARTRIDGE (QL)	CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIPS
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP	HUMULIN (QL)	CLEVER CHOICE PRO TEST STRIPS
ACCU-CHEK SOFTCLIX	HUMULIN R (QL)	CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS
ADVOCATE PEN NEEDLES (PA)	INSULIN LISPRO (QL)	CLEVER CHOICE VOICE+ TST STRIP ST)
ALOGLIPTIN (PA,QL)	JANUMET (QL, ST)	CONTOUR NEXT EZ METER
ALOGLIPTIN- METFORMIN (PA,QL)	JANUMET XR (QL, ST)	CONTOUR NEXT TEST STRIPS
ASSURE ID INSULIN SAFETY	JANUVIA (QL, ST)	CONTOUR TEST STRIPS
ASSURE ID PEN NEEDLE (PA)	JARDIANCE (QL, ST)	COOL GLUCOSE TEST STRIPS
	LYUMJEV (QL)	CYCLOSET
	MOUNJARO (PA,QL)	DIATRUE PLUS TEST STRIPS
	NOVOLIN (QL)	
	OMNIPOD 5 G6	
	OMNIPOD 5 (QL)	
	OMNIPOD CLASSIC	
	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (QL)	

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (PA,QL)	EASY PLUS II TEST STRIPS
BD INSULIN SYRINGE	ONE TOUCH LANCETS	EASY STEP TEST STRIPS
BD LANCETS	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	EASY TALK TEST STRIPS
BD PEN NEEDLE	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	EASY TOUCH TEST STRIPS
CAREFINE PEN NEEDLE (PA)	OZEMPIC (PA, QL)	EASY TRAK TEST STRIP
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	QTERN (QL, ST)	EASY TRAK II TEST STRIPS
CARETOUCH PEN NEEDLE (PA)	RYBELSUS (PA, QL)	EASYGLUCO TEST STRIPS
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN	EASYMAX TEST STRIPS
CLICKFINE (PA)	SYNJARDY (QL, ST)	EASYMAX 15 TEST STRIPS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	SYNJARDY XR (QL, ST)	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS
COMFORT EZ PEN NEEDLE (PA)	TRESIBA (QL)	ELEMENT TEST STRIPS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE (PA)	TRIJARDY XR (ST, QL)	EMBRACE TEST STRIPS
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOLUTION	TRULICITY (PA,QL)	EMBRACE EVO TEST STRIPS
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOLUTION	V-GO 20	EMBRACE PRO TEST STRIPS
CONTOUR SOLUTION	V-GO 30	EMBRACE TALK TEST STRIPS
DROPLET MICRON PEN NEEDLE (PA)	V-GO 40	EVOLUTION TEST STRIPS
DROPLET PEN NEEDLE (PA)	XIGDUO XR (QL, ST)	FIASP (PA, QL)
DROPLET SYRINGE	XULTOPHY	FIFTY50 TEST STRIPS
DROPSAFE PEN NEEDLE (PA)	ZEGALOGUE (QL)	FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIPS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE		FORA D15G TEST STRIPS
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PA)		FORA D20 TEST STRIPS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE		FORA D40-G31 TEST STRIPS
EASY GLIDE PEN NEEDLE (PA)		FORA G20 TEST STRIPS
EASY TOUCH PEN NEEDLE (PA)		FORA G30- PREMIUM V10 TEST STRIPS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE (PA)		FORA GD50 TEST STRIPS
glimepiride		FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIPS
glipizide		
glipizide er		
glipizide xl		

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>			<b>DIABETES (cont.)</b>		
GUARDIAN RT CHARGER GUARDIAN TEST PLUG HEALTHWISE INSULIN SYRINGE HEALTHWISE PEN NEEDLE (PA) HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (PA) INCONTROL PEN NEEDLE (PA) INPEN INSULIN SYRINGE U-500 INSULIN PEN NEEDLE (PA) INSUPEN (PA) LITE TOUCH (PA) LITETOUCH INSULIN SYRINGE MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG, SYRINGE MAXI-COMFORT MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (PA) MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PA) metformin er MICROLET NEXT LANCING DEVICE MINIMED RESERVOIR MINI PEN NEEDLE (PA) MINI ULTRA-THIN II (PA) MONOJECT MONOJECT INSULIN SAFETY SYRNG MONOJECT INSULIN SYRINGE MULTI-LANCET NANO 2ND GEN PEN NEEDLE (PA)		FORA TEST STRIPS FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIPS FORA V10 TEST STRIPS FORA V10-V12- D10-D20 TEST STRIPS FORA V12 TEST STRIPS FORA V20 TEST STRIPS FORA V30A TEST STRIPS FORACARE GD20 TEST STRIPS FORACARE GD40 TEST STRIPS FORACARE GD40 FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIPS FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS FREESTYLE LITE TEST STRIPS FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP GLUCO NAVII GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL) GLUCOCARD EXPRESSION TEST STRIPS GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS GLUCOCOM GLUCOSE TEST STRIPS	NOVOFINE 32 (PA) NOVOFINE AUTOCOVER (PA) NOVOFINE PLUS (PA) PARADIGM RESERVOIR PEN NEEDLES (PA) PENTIPS (PA) PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE (PA) PRODIGY INSULIN SYRINGE PRO COMFORT INSULIN SYRINGE PRO COMFORT PEN NEEDLE (PA) PURE COMFORT PEN NEEDLE (PA) RELION METER SAFETY PEN NEEDLE (PA) SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE SYRINGE SECURESAFE PEN NEEDLE (PA) SURE COMFORT (PA) SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SURE COMFORT PEN NEEDLE (PA) TECHLITE TECHLITE PEN NEEDLE (PA) TOPCARE CLICKFINE (PA) TOPCARE ULTRA COMFORT TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE TRUE COMFORT PEN NEEDLE (PA) TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLE (PA)		GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS GLUCOSE TEST STRIPS GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS GLUMETZA (PA) GVOKE (QL) HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL (PA,QL) IGLUCOSE TEST STRIPS INFINITY TEST STRIPS INFINITY VOICE TEST STRIPS INSULIN ASPART (PA, QL) INSULIN GLARGINE (PA, QL) INVOKAMET (PA, QL) INVOKAMET XR (PA, QL) INVOKANA (PA, QL) JENTADUETO (PA, QL) JENTADUETO XR (PA, QL) KAZANO (PA, QL) KOMBIGLYZE XR (PA, QL) KORLYM* (PA) LANTUS (PA, QL) LEVEMIR (PA,QL) LEVEMIR FLEXTOUCH (PA,QL) METFORMIN 625 MG TABLET (PA) MICRODOT TEST STRIPS MICRODOT XTRA TEST STRIPS MYGLUCOHEALTH TEST STRIPS

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION		NESINA (PA, QL) NOVOLOG (PA, QL) ONGLYZA (PA, QL)
TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION		OSENSI (PA, QL) PHARMACIST CHOICE TEST STRIPS
TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION		PREMIER TEST STRIPS
TRUEPLUS PEN NEEDLE (PA)		PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS
TRUEPLUS SYRINGE		PREMIUM V10 TEST STRIPS
ULTICARE		PRO VOICE V8-V9 TEST STRIPS
ULTICARE INSULIN SYRINGE		PRODIGY NO CODING TEST STRIPS
ULTICARE PEN NEEDLE (PA)		QUINTET TEST STRIPS
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE (PA)		QUINTET AC TEST STRIPS
ULTIGUARD SAFE0.5ML 30G 12.7MM		RELION CONFIRM-MICRO TEST STRIPS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE (PA)		RELION PRIME TEST STRIPS
ULTIGUARD SAFEPK 0.5ML 31G 8MM		RIGHTEST GS100 TEST STRIPS
ULTILET PEN NEEDLE (PA)		RIGHTEST GS300 TEST STRIPS
ULTRA COMFORT		RIGHTEST GS550 TEST STRIPS
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE (PA)		RIOMET
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE (PA)		RIOMET ER
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE (PA)		SEGLUROMET (PA, QL)
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE (PA)		SEMGLEE (PA, QL)
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE (PA)		SMART SENSE TEST STRIPS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE		SMARTEST TEST STRIPS
ULTRA FLO PEN NEEDLE (PA)		SOLUS V2 TEST STRIPS
ULTRA THIN (PA)		STEGLATRO (PA, QL)
ULTRA-THIN II (PA)		STEGLUJAN (ST, QL)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE		TEST N'GO TEST STRIPS
ULTRACARE PEN NEEDLE (PA)		TEST STRIPS
		TOUJEO SOLOSTAR (PA, QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
UNIFINE PEN NEEDLE (PA)		TRADJENTA (PA, QL)
UNIFINE PENTIPS (PA)		TRUETEST TEST STRIPS
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW (PA)		TRUETRACK TEST STRIPS
UNIFINE PENTIPS PLUS (PA)		ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW (PA)		ULTIGUARD SAFE0.3ML 30G 12.7MM
UNIFINE SAFECONTROL (PA)		ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PA)		ULTIGUARD SAFEPK 0.3ML 31G 8MM
VANISHPOINT		VICTOZA 2-PAK (PA,QL)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE		VICTOZA 3-PAK (PA,QL)
VEO INSULIN SYRINGE		WAVESENSE JAZZ TEST STRIPS
		WAVESENSE PRESTO TEST STRIPS
<b>DIURÉTICOS</b>		
acetazolamide tablet	CAROSPIR (PA)	ALDACTONE (PA)
acetazolamide er capsule	DIURIL	EDECIN (PA)
bumetanide tablet	KERENDIA (PA, QL)	JYNARQUE* (PA)
chlorthalidone		LASIX (PA)
epplerenone		MAXZIDE
furosemide solution, tablet		SOANZ (PA)
hydrochlorothiazide		
spironolactone		
triamterene-hctz		
<b>MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS</b>		
ciprofloxacin-dexamethasone	CIPRO HC	CETRAXAL (PA)
neomycin-polymyxin b-hydrocortisone		CIPRODEX
ofloxacin		CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE
		CORTISPORIN-TC
		DERMOTIC
		OTOVEL
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL</b>		
sildenafil^ (QL)	MUSE^ (PA age, QL)	CIALIS^ (QL, ST)
tadalafil^ (QL)		STENDRA^ (QL, ST)
vardeafil^ (QL)		VIAGRA^ (QL, ST)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>CONDICIONES OCULARES</b>		
bepotastine bimatoprost (QL) brimonidine brimonidine tartrate-timolol brinzolamide ciprofloxacin cyclosporine difluprednate dorzolamide- timolol erythromycin fluorometholone ketorolac ophthalmic solution latanoprost loteprednol moxifloxacin eye drops neomycin- polymyxin b-dexamethasone ofloxacin polymyxin b sulfate- trimethoprim prednisolone timolol tobramycin tobramycin- dexamethasone travoprost	AZASITE BESIVANCE BETOPTIC S BROMSITE CEQUA COMBIGAN EYSUVIS (QL) FLAREX FML S.O.P. 0.1% OINTMENT INVELTYS ISTALOL (PA) LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT LOTEMAX SM SIMBRINZA TOBRADEX ST XIIDRA ZERVIAE	ACULAR (PA) ACULAR LS (PA) ACUVAIL ALOCRIL (PA) ALOMIDE (PA) ALREX AZOPT (PA) BEPREVE (PA) BETIMOL (PA) COSOPT (PA) COSOPT PF (PA) CYSTADROPS* (PA, QL) CYSTARAN* (PA, QL) DUREZOL (PA) FML (PA) FML FORTE (PA) FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP ILEVRO LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (PA) LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (PA) LUMIGAN (PA) MAXIDEX (PA) MAXITROL (PA) NEVANAC OCUFLOX (PA) OXERVATE* (PA) POLYTRIM (PA) PRED FORTE (PA) PRED MILD (PA) PROLENSA RESTASIS (PA) RESTASIS MULTIDOSE (PA) RHOPRESSA ROCKLATAN TIMOPTIC (PA) TIMOPTIC OCUDOSE (PA) TIMOPTIC-XE (PA) TOBRADEX EYE DROPS (PA) TRAVATAN Z (PA) TYRVAYA (PA, QL) VERKAZIA (PA, QL) VIGAMOX (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>CONDICIONES OCULARES (cont.)</b>		
		VYZULTA (PA) XALATAN (PA) XELPROS (PA) ZIOPTAN (PA, QL) ZIRGAN ZYLET
<b>PRODUCTOS FEMENINOS</b>		
GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg terconazole		
<b>CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS</b>		
ANUCORT-HC balsalazide cinacalcet* constulose dexlansoprazole dr (QL) dicyclomine capsule, solution, tablet dronabinol esomeprazole 20 mg capsule, 40 mg capsule, packets (QL) famotidine 40 mg/5 ml suspension, 20 mg tablet, 40 mg tablet GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ glycopyrrolate (PA) HEMMOREX-HC hydrocortisone lactulose (PA) lansoprazole (QL) lubiprostone mesalamine mesalamine dr metoclopramide solution, tablet misoprostol omeprazole (QL) ondansetron ondansetron odt pantoprazole suspension, tablet (QL)	AMITIZA CLENPIQ+ ENTYVIO*^ (PA) LINZESS LITHOSTAT NEXIUM DR 2.5 MG PACKET (QL) NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE PENTASA SUPREP+ SUTAB+ TRULANCE VIBERZI	ANUSOL-HC (PA) ANZEMET (PA) APRISO (ST) ASACOL HD (ST) BONJESTA CANASA CARAFATE CHOLBAM* (PA) COLAZAL (ST) CORTIFOAM (PA) CREON (PA) CUVPOSA CYTOTEC DELZICOL (ST) DICLEGIS GATTEX* (PA) GOLYTELY+ (PA) IBSRELA (PA,QL) KRISTALOSE (PA) LEVIBID LEVSIN 0.125 MG TABLET LEVSIN-SL LIBRAX (PA) LIVMARLI* (PA) LIALDA (ST) MARINOL (PA) MOTTEGRITY (PA) MOTOFEN MOVANTIK (PA) MOVIPREP+ (PA) NEXIUM DR CAPSULE (PA, QL) NEXIUM DR 10, 20, 40 MG PACKET (PA, QL) NULEV OCALIVA* (PA)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

(cont.)

peg3350-sodium sulfate-sodium chloride-potassium chloride-sodium ascorbate-ascorbic acid+ PEG-PREP+ prochlorperazine tablet promethazine promethegan rabepazole (QL) scopolamine sucralfate ursodiol (PA)		OMECLAMOX-PAK (PA) OSMOPREP+ (PA) PEPCID (PA) PERTZYE (PA) PLENVU+ (PA) PREVACID (QL, ST) PRILOSEC (QL) PROTONIX (ST, QL) PYLERA (PA) RAVICTI* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) ROBINUL (PA) ROBINUL FORTE (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SYMPROIC (PA) SYNDROS (PA) TALICIA (PA) TRANSDERM-SCOP TRULANCE (PA) UCERIS FOAM (PA, QL) URSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE VOQUEZNA (PA) XERMELO* (PA) ZELNORM (PA) ZENPEP (PA)
---	--	---

## AGENTES HORMONALES

AMABELZ budesonide dr budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) DECADRON desmopressin ampule, vial* DEXABLISS dexamethasone (PA) dexamethasone intensol DOTTI (QL)	ANDRODERM (PA, QL) CETROTIDE*^ (PA) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL FENSOLVI*^ (PA) FORTEO* (PA, QL) GENOTROPIN* (PA) LUPRON DEPOT*^ (PA) LUPRON DEPOT-PED*^ (PA) MEDROL 2 MG TABLET	ACTIVELLA ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID (PA) AYGESTIN BIJUVA CLIMARA (PA) CLIMARA PRO (PA) CRINONE 4% (PA) CYTOMEL DDAVP AMPULE, VIAL* (PA) DEPO-TESTOSTERONE DIVIGEL (PA)
--	---	---

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## AGENTES HORMONALES (cont.)

estradiol (once weekly) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol-norethindrone acetate EUTHYROX fyremadel*^ (PA) LEVO-T LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxy-progesterone methimazole methyl-prednisolone millipred MIMVEY norethindrone NP THYROID prednisone prednisone intensol prednisolone odt progesterone tablet testosterone cypionate WESTHROID YUVAFEM (QL)	MYFEMBREE (QL) OMNITROPE* (PA) ORIAHNN (PA, QL) ORLISSA (PA, QL) PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO SEROSTIM* (PA) SKYTROFA (PA, QL) SOMATULINE DEPOT*^ (PA) SOMAVERT* (PA)	ELESTRIN (PA) EMFLAZA* (PA) ESTRACE (PA) EVAMIST FEMRING (PA) FORTESTA (PA, QL) GENOTROPIN* (PA) HEMADY HUMATROPE* (PA, QL) IMVEXXY (PA, QL) INTRAROSA (QL) ISTURISA* (PA, QL) JATENZO (PA, QL) LANREOTIDE*^ (PA) LEVOTHYROXINE CAPSULE LUPANETA PACK*^ (PA) MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET MEDROL 4 MG DOSEPAK MENOSTAR (QL) MINIVELLE (PA, QL) MYCAPSSA* (PA, QL) MYFEMBREE (QL) NATESTO (PA, QL) NOCDURNA (PA) NORDITROPIN FLEXPRO* (PA, QL) NUTROPIN AQ NUSPIN* (PA) ORTIKOS (PA, QL) OSPHENA (QL) PROMETRIUM RAYALDEE RAYOS (PA) SAIZEN* (PA) SAIZEN-SAIZENPREP* (PA) SANDOSTATIN LAR DEPOT*^ (PA) SIGNIFOR LAR*^ (PA) SYNTHROID (PA) TARPEYO* (PA, QL) teriparatide* (PA, QL) TESTIM (PA, QL)
--	--	---

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## AGENTES HORMONALES (cont.)

		THYQUIDITY (PA) TIROSINT TIROSINT-SOL TLANDO (PA,QL) UCERIS TABLET (PA, QL) UNITHROID UNITHROID VAGIFEM (PA, QL) VIVELLE-DOT (PA, QL) VOGELXO (PA, QL) XYOSTED (PA, QL) ZOMACTON* (PA)
--	--	---

## INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION*	ACTICLATE (ST)
albendazole	CIPRO 5, 10% SUSPENSION	AEMCOLO (QL)
amoxicillin	CIPRO 250, 500 MG TABLET	ALINIA
amoxicillin-clavulanate er	CLEOCIN 75 MG CAPSULE	ANCOBON
amoxicillin-clavulanate	e.e.s. 400	ARAKODA (PA)
atovaquone	EPCLUSA* (PA, QL)	ARIKAYCE* (PA)
atovaquone-proguanil	ERY-TAB DR 333 MG TABLET	BACTRIM
AVIDOXY	FIRVANQ	BACTRIM DS
azithromycin packet, suspension, tablet	HARVONI* (PA, QL)	BARACLUDE TABLET* (PA, QL)
cefadroxil	LAGEVRIO (EUA) (QL)	BAXDELA 450 MG TABLET (PA)
cefdinir	MINOCIN	BETHIKIS* (PA, QL)
cefepodoxime	PAXLOVID (QL)	BREXAFEMME (PA)
cefuroxime tablet	PEGASYS* (PA)	CAYSTON* (PA, QL)
cephalexin	SOLOSEC	CLEOCIN 150, 300 MG CAPSULE
ciprofloxacin	SOVALDI* (PA, QL)	CLEOCIN PEDIATRIC
clarithromycin	THALOMID* (PA)	CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE
clarithromycin er	TOBI PODHALER* (PA, QL)	CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM
clindamycin	VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	CLINDESSE
clindamycin (pediatric)	VOSEVI* (PA, QL)	DARAPRIM* (PA)
COREMINO ER (QL)	XIFAXAN (QL)	DIFICID (QL)
doxycycline (PA)		DIFLUCAN (PA)
DOXYCYCLINE IR-DR (PA)		DORYX (PA)
doxycycline monohydrate		DORYX MPC (PA)
EMVERM		e.e.s. 200 (PA)
entecavir* (QL)		ELIMITE
		ERYPED 200
		ERYPED 400 (PA)
		ERY-TAB DR 250 MG TABLET

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## INFECCIONES (cont.)

erythromycin		ERY-TAB DR 500 MG TABLET
erythromycin ethylsuccinate		EURAX 10% LOTION
famciclovir		FLAGYL
fluconazole		HIPREX
flucytosine		KITABIS PAK* (PA, QL)
itraconazole		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR* (PA,QL)
levofloxacin solution, tablet		LIVTENCITY* (PA,QL)
methenamine		LYMEPAK (PA)
metronidazole gel, capsule, tablet		MACROBID
minocycline		MACRODANTIN
minocycline er tablet (QL)		MALARONE (PA)
mondoxyne nl		MAVYRET* (PA,QL)
nitazoxanide		MONUROL
nitrofurantoin		NATROBA
nitrofurantoin monohydrate-macrocrystal		NUVESSA (PA)
nystatin suspension, tablet		NUZYRA 150 MG TABLET* (PA,QL)
oseltamivir (QL)		PLAQUENIL (PA)
penicillin v potassium		posaconazole suspension
permethrin		PREVYMIS TABLET*
posconazole tablet		PRIFTIN
sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet		SIVEXTRO 200 MG TABLET (PA)
terbinafine		SKLICE
tetracycline		SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA,QL)
tobramycin ampule* (PA, QL)		SPORANOX (PA)
valacyclovir		sulfatrim
valganciclovir		TAMIFLU (QL)
vancomycin capsule, solution		URIBEL
vandazole		VALTRES
voriconazole suspension, tablet (PA)		VFEND (PA)
		VIEKIRA PAK* (PA,QL)
		XENLETA (PA, QL)
		XOFLUZA (QL)
		ZEPATIER* (PA, QL)
		ZITHROMAX
		ZITHROMAX TRI-PAK
		ZYVOX
		SUSPENSION, TABLET (PA)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## INFERTILIDAD

clomiphene ^	ENDOMETRIN^ GONAL-F*^ (PA) MENOPUR*^ (PA) NOVAREL* OVIDREL*^ (PA) PREGNYL*^ (PA)	CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL*^ (PA) CRINONE 8%^ (PA) FOLLISTIM*^ (PA)
--------------	---	---

## VARIOS

ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET	ACCU-CHEK TEST STRIPS	ADDYI^ (PA, QL) AUSTEDO* (PA)
ACCU-CHEK SOFTCLIX	ACE AEROSOL CLOUD	EVRYSDI* (PA) EXSERVAN* (PA)
CHORIONIC GONADO- TROPIN*^ (PA)	ENHANCER (QL) AEROCHAMBER MINI (QL)	GALAFOLD* (PA) HORIZANT (PA) HYPER-SAL
deferiprone* (PA)	AEROCHAMBER MV (QL)	INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL)
disulfiram	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL)	INGREZZA* (PA) KUVAN* (PA)
DROPLET LANCETS FORA GTEL KETONE TEST STRIP	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL) AEROTRACH PLUS (QL)	MYALEPT* (PA) NUDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) PALYNZIQ* (PA)
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	AEROVENT PLUS (QL)	PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL)
KETONE CARE TEST STRIP	BREATHRITE (QL) CERDELGA* (PA)	RADICAVA ORS* (PA,QL)
KETONE TEST STRIP	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL)	SENSIPAR* (PA) TEGSEDI* (PA)
KETOSTIX REAGENT MICROLET	COMPACT SPACE CHAMBER (QL)	TIGLUTIK* (PA) VOXZOGO* (PA)
NOVAMAX PLUS ONETOUCH DELICA POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE	EASIVENT (QL) ESBRIET* (PA) EMPAVELI* (PA)	VYLEESI*^ (PA, QL) VYNDAMAX* (PA, QL)
PRECISION XTRA sapropterin* (PA)	FLEXICHAMBER (QL)	
sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	MICROCHAMBER (QL)	
TECHLITE LANCETS TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	NITYR* (PA) OPTICHAMBER DIAMOND (QL) POCKET CHAMBER (QL) PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL) RITEFLO (QL) SPACE CHAMBER (QL)	

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## VARIOS (cont.)

	SPACE CHAMBER- MEDIUM MASK (QL) SPACE CHAMBER- SMALL MASK (QL) STRENSIQ* (PA) VORTEX VHC FROG MASK (QL) VORTEX VHC LADYBUG MASK (QL)	
--	--	--

## ESCLEROSIS MÚLTIPLE

dalfampridine er* (PA)	AVONEX* (PA) BAFIERTAM* (PA)	AUBAGIO* (PA) COPAXONE* (PA)
dimethyl fumarate*	BETASERON* (PA)	FIRDAPSE* (PA, QL)
glatiramer acetate*	EXTAVIA* (PA)	MAVENCLAD* (PA)
glatopa*	GILENYA* (PA) KESIMPTA* (PA) MAYZENT* (PA) VUMERITY* (PA) ZEPOSIA* (PA)	PLEGRIDY* (PA) PONVORY* (PA) REBIF* (PA) TECFIDERA* (PA)

## NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

betaine*	CITRANATAL 90 DHA	ACCRUFER^ AURYXIA (QL)
calcitriol^	CITRANATAL	CITRANATAL
cyanocobalamin injection, vial	ASSURE	BLOOM^
dodex	CITRANATAL	DRISDOL^
folic acid 1 mg^	B-CALM	K-TAB ER
klor-con	CITRANATAL DHA	NASCOBAL (PA)
KLOR-CON 8	CITRANATAL	RENAGEL (PA)
KLOR-CON 10 MEQ	HARMONY	REVELA
lanthanum	FLORIVA	OB COMPLETE^
MULTI-VITAMIN-W- FLUORIDE-IRON+	CHEWABLE TABLET+	PHOSLYRA
potassium chloride	LOKELMA	REVELA (PA)
10%, capsule, packet, tablet	NEEVO DHA^	ROCALTROL^
prenatal multi- dha+	OB COMPLETE ONE OB COMPLETE PETITE	
sevelamer carbonate	OB COMPLETE PREMIER	
sevelamer	OB COMPLETE WITH DHA	
taron-prex prenatal^	POLY-VI-FLOR WITH IRON+	
vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^	POLY-VI-FLOR+	
VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+	PRENATE^ PRIMACARE	

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

	QUFLORA PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+	
	QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+	
	QUFLORA PEDIATRIC 0.5 MG/ ML DROP+	
	TRI-VI-FLOR+	
	VELPHORO	
	VELTASSA	

### PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate	FORTEO* (PA,QL)	ACTONEL (ST)
ibandronate 150 mg tablet	TYMLOS* (PA, QL)	ATELVIA (ST)
raloxifene+		BINOSTO (ST)
risedronate		BONIVA (ST)
risedronate dr		EVISTA
		FOSAMAX (ST)
		TERIPARATIDE* (PA,QL)

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen- codeine (PA)	ACTEMRA* (PA, QL)	AMJEVITA* (made by Amgen) (PA,QL)
allopurinol tablet	ADALIMUMAB- ADAZ (CF) (PA, QL)	AMRIX (PA, QL)
baclofen tablet	AIMOVIQ (PA)	ANALPRAM HC (PA)
buprenorphine patch (QL)	AJOVY (PA)	ARAVA
butalbital- acetaminophen- caffeine (QL)	AVSOLA*^ (PA)	ARCALYST* (PA)
carisoprodol	BELBUCA (QL)	BENLYSTA* (PA)
celecoxib (QL)	CIMZIA* (PA, QL)	BUTRANS (QL)
colchicine 0.6 mg tablet	CYLTEZO (PA, QL)	CAMBIA (PA)
cyclobenzaprine	DUPIXENT* (PA)	CELEBREX (QL, ST)
cyclobenzaprine er (PA,QL)	EMGALITY (PA)	COLCHICINE 0.6 MG CAPSULE (PA)
diclofenac 1% gel (QL)	ENBREL* (PA, QL)	COLCRYS
diclofenac 1.5% topical solution (PA)	FLECTOR (PA,QL)	COSENTYX
diclofenac dr	HUMIRA (PA,QL)	SENSOREADY
EC-NAPROXEN	HYRIMOZ (PA,QL)	PEN* (PA,QL)
ECOTRIN EC 81 MG TABLET+	HYSINGLA ER (PA)	CUPRIMINE* (PA, QL)
eletriptan (QL)	INFLECTRA*^ (PA)	DEPEN* (PA, QL)
	LICART (PA,QL)	DUEXIS (PA)
	MITIGARE	EC-NAPROSYN (ST)
	NUCYNTA (PA)	ELYXXB (PA, QL)
	NURTEC ODT (PA, QL)	ESGIC (PA, QL)
	OTEZLA* (PA, QL)	FEXMID
	OTREXUP (PA)	FIORICET (PA,QL)
	PROCTOFOAM-HC	FROVA (PA,QL)
	QULIPTA (PA, QL)	

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

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

ENDOCET (PA)	RASUVO (PA)	GRALISE (PA)
febuxostat (QL)	REDITREX (PA)	ILARIS*^ (PA)
fentanyl patch (PA)	RINVOQ* (PA, QL)	ILUMYA* (PA, QL)
frovatriptan (QL)	SAVELLA	IMITREX (PA, QL)
GLOPERBA (PA, QL)	SIMPONI* (PA)	INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE (PA)
GLYDO	SIMPONI ARIA* (PA)	INFLIXIMAB*^ (PA)
hydrocodone- acetaminophen (PA)	STELARA 45MG, 90MG* (PA,QL)	KEVZARA* (PA, QL)
hydromorphone (PA)	TALTZ* (PA, QL)	KINERET* (PA,QL)
hydromorphone er (PA)	TREMFYA* (PA,QL)	LAZANDA (PA)
IBU	TRUDHESA (PA,QL)	LIDODERM (PA)
ibuprofen	UBRELVY (PA, QL)	LYVISPAH (PA)
indomethacin	XELJANZ* (PA, QL)	MIGRANAL (PA, QL)
indomethacin er	XELJANZ XR* (PA, QL)	MOBIC (ST)
ketorolac	XTAMPZA ER (PA)	NALFON 400 MG CAPSULE (PA)
tromethamine (QL)	ZTLIDO	NAPRELAN (PA)
leflunomide		NAPROSYN TABLET (ST)
lidocaine 5% ointment (QL)		NUCYNTA ER (PA)
lidocaine 5% patch		OLUMIANT* (PA, QL)
lidocaine- prilocaine		ONZETRA XSAIL (PA, QL)
lidocaine viscous		ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE* (PA,QL)
meloxicam tablet		ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE* (PA,QL)
meloxicam capsule (PA, QL)		ORENCIA* (PA,QL)
metaxalone		OXAYDO (PA)
methocarbamol		OXYCONTIN (PA)
morphine (PA)		PENNSAID (PA)
morephine er (PA)		PERCOCET (PA)
nabumetone		PROCORT
NALOCET (PA)		PROLATE 10 MG- 300 MG/5 ML SOLN (PA)
naproxen (PA)		QULIPTA (PA, QL)
oxycodone (PA)		RELAFEN DS (PA)
oxycodone er (PA)		RELPAX (PA, QL)
oxycodone- acetaminophen (PA)		REMICADE*^ (PA)
penicillamine* (PA,QL)		REYVOW (PA, QL)
prolate 5/10/7.5 - 300 mg tablet (PA)		ROXICODONE (PA)
rizatriptan (QL)		ROXYBOND (PA)
sumatriptan (QL)		SEGLENTIS (PA, QL)
sumatriptan succ- naproxen sod (QL)		SILIQ* (PA, QL)
tizanidine (PA)		SPRIX (PA, QL)
		SUBSYS
		TOSYMRA (PA, QL)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

(cont.)

tramadol 50 mg tablet (QL)		TRAMADOL 100 MG TABLET (PA, QL)
tramadol er (QL)		TREXIMET (PA, QL)
VANADOM		ULORIC (PA, QL)
vtol lq (PA)		TABLET (QL)
		ZANAFLEX
		ZEBUTAL (QL)
		ZEMBRACE (PA, QL)
		ZOXYDRO ER (PA)
		ZOMIG NASAL (PA, QL)
		ZYLOPRIM (PA)

## ENFERMEDAD DE PARKINSON

benztropine tablet	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL)
carbidopa-levodopa		DHIVY (PA)
carbidopa-levodopa er		DUOPA*
pramipexole		GOCOVRI
pramipexole er (QL)		INBRIJA* (PA)
rasagiline (QL)		MIRAPEX ER (QL)
ropinirole er		NEUPRO
ropinirole		NOURIANZ* (PA, QL)
		ONGENTYS (PA, QL)
		OSMOLEX ER (QL)
		RYTARY
		SINEMET 10-100
		SINEMET 25-100
		XADAGO (ST)

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

aripiprazole (QL)	LATUDA (PA, QL)	ABILIFY (ST)
aripiprazole odt	REXULTI (QL, ST)	ABILIFY MYCITE (PA)
asenapine		CAPLYTA (QL, ST)
chlorpromazine tablet		CLOZARIL (ST)
clozapine		FANAPT (QL, ST)
clozapine odt		GEODON (PA)
olanzapine tablet		INVEGA (QL, ST)
olanzapine odt		LYBALVI (QL, ST)
paliperidone er (QL)		RISPERDAL (ST)
quetiapine		SAPHRIS (ST)
quetiapine er		SECUADO (ST)
risperidone		SEROQUEL (ST)
risperidone odt		SEROQUEL XR (ST)
ziprasidone tablet		VRAYLAR (QL, ST)
		ZYPREXA (PA)
		ZYPREXA ZYDIS (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTIOM (PA, QL)
carbamazepine er	FYCOMPA (PA, QL)	BANZEL (PA, QL)
clonazepam	NAYZILAM (PA, QL)	BRIVIACCT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
divalproex		CARBATROL (PA)
divalproex er		DEPAKOTE (PA)
EPITOL		DEPAKOTE ER (PA)
gabapentin		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)
lacosamide		DIASTAT (PA)
lamotrigine		DIASTAT ACUDIAL (PA)
lamotrigine (blue)		DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA)
lamotrigine (green)		ELEPSIA (PA)
lamotrigine (orange)		EPIDIOLEX* (PA)
lamotrigine er		EPRONTIA (PA)
lamotrigine odt (blue)		FINTEPLA* (PA)
lamotrigine odt (green)		KEPPRA (PA)
lamotrigine odt (orange)		KEPPRA XR (PA)
levetiracetam solution, tablet		KLONOPIN (PA)
levetiracetam er		LAMICTAL (PA)
oxcarbazepine		LAMICTAL ODT (PA)
pregabalin		LAMICTAL XR (PA)
ROWEEPR		LYRICA (PA)
rufinamide (PA, QL)		LYRICA CR
SUBVENITE		MYSOLINE (PA)
SUBVENITE (BLUE)		NEURONTIN (PA)
SUBVENITE (GREEN)		OXTELLAR XR (PA)
SUBVENITE (ORANGE)		PHENYTEK (PA)
topiramate		QUDEXY XR (PA)
topiramate er		SABRIL* (PA)
vigabatrin*		SPRITAM (PA)
vigadrone*		SYMPAZAN (PA)
		TEGRETOL (PA)
		TEGRETOL XR (PA)
		TOPAMAX (PA)
		TRILEPTAL (PA)
		TROKENDI XR (PA, QL)
		VALTOCO (PA, QL)
		VIMPAT TABLET (PA)
		XCOPRI (PA, QL)

## CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE	ACZONE 7.5% GEL PUMP	ABSORICA (ST)
adapalene (PA age)	ADBRY* (PA)	ABSORICA LD (ST)
		ACANYA

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

adapalene-benzoyl peroxide	ARAZLO	ACZONE 5% GEL
AMNESTEEM	CIBINQO* (PA, QL)	AKLIEF
AVAR CLEANSER	DRYSOL	AMZEEQ (PA)
azelaic acid	EUCRISA (ST)	ANALPRAM HC
betamethasone diprop	NAFTIN	2.5%-1% LOTION
augmented	PICATO	ATRALIN (PA age)
betamethasone dipropionate	SANTYL (QL)	AVAR 9.5-5%
BP 10-1	TAZORAC 0.05% CREAM	CLEANSING PADS
calcipotriene	TAZORAC 0.05% GEL	AVAR-E
calcipotriene-betamethasone	TAZORAC 0.1% GEL	AVAR-E GREEN
calcipotriene cream, ointment, solution		AVITA (PA age)
CLARAVIS		BENZACLIN GEL (PA)
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET		BRYHALI (ST)
CLINDACIN P 1% PLEDGETS		calcipotriene foam (PA)
clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution		CAPEX SHAMPOO (ST)
clindamycin-benzoyl peroxide		CLEOCIN T
clindamycin phosphoretinoin		CLINDACIN ETZ KIT
clobetasol		CLINDACIN PAC KIT
CLODAN		CLINDAGEL (PA)
CLOCORTOLONE PIVALATE		CLOBEX (PA)
clotrimazole-betamethasone		CLODERM (ST)
dapsone gel		DAPSONE 7.5% GEL PUMP
DROPSAFE PREP PADS		DENAVIR (QL)
fluorouracil cream, topical solution		DIFFERIN (PA age)
halcinonide (PA)		DOVONEX
isotretinoin		DUOBRII
ketoconazole		EFUDEX
KETODAN		ELIDEL (PA)
metronidazole		ENSTILAR (PA)
mupirocin ointment		EPIDUO (PA)
MYORISAN		EPIDUO FORTE (PA age)
NEUAC GEL		ERTACZO (PA)
pimecrolimus		EVOCLIN
		EXTINA (PA)
		FABIOR
		FINACEA FOAM (PA)
		HALOBETASOL (PA)
		HALOG (ST)
		IMPOYZ (PA)
		JUBLIA (PA)
		KENALOG (PA)
		KLISYRI (PA, QL)
		LEXETTE (PA)
		LOCOID
		LIPOCREAM (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

ROSADAN sodium sulfacetamide-sulfur		LUZU (PA)
SSS 10-5		METROCREAM (PA)
SULFACLEANSE 8-4		METROGEL (PA)
tacrolimus ointment		METROLOTION (PA)
tazarotene 0.1% cream		NEUAC 1.2-5% KIT
tretinoin (PA age)		NORITATE (PA)
triamcinolone (PA)		OLUX (PA)
trianex (PA)		ONEXTON
TRIDERM		OPZELURA (PA)
tritocin (PA)		PLEXION
ZENATANE		PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM
		PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION
		PROTOPIC (PA)
		QBREXZA
		REGRANEX (PA, QL)
		RETIN-A (PA age)
		RETIN-A MICRO (PA age)
		RETIN-A MICRO PUMP (PA age)
		SOOLANTRA (PA)
		SORILUX (PA)
		TACLONEX (PA)
		tazarotene 0.1% foam
		TAZORAC 0.1% CREAM
		TEMOVATE (ST)
		TWYNEO
		ULTRAVATE (PA)
		ULTRAVATE X (ST)
		VALCHLOR*
		VECTICAL (QL)
		VELTIN (PA)
		VEREGEN (PA)
		VTAMA (PA,QL)
		WINLEVI (PA)
		WYNZORA (PA)
		XEPI
		XERESE (PA, QL)
		ZIANA (PA)

### TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA)	DAYVIGO (QL, ST)	AMBIEN (PA)
doxepin (QL)	SUNOSI (PA, QL)	AMBIEN CR (PA, QL)
eszopiclone		BELSOMRA (PA)
modafinil (PA)		HETLIOZ LQ* (PA)
temazepam		HETLIOZ* (PA)
zolpidem		LUNESTA (PA)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES (cont.)

zolpidem er (QL)		NUVIGIL (PA) PROVIGIL (PA) QUVIVIQ (PA,QL) RESTORIL (PA) SILENOR (PA) SILENOR (PA,QL) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA, QL) XYWAV* (PA, QL) ZOLPIMIST (PA)
------------------	--	---

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

bupropion sr+ varenicline+^	APO- VARENICLINE^ NICOTROL NS+^ NICOTROL+^	
--------------------------------	---	--

## ABUSO DE SUSTANCIAS

buprenorphine- naloxone naltrexone hcl (QL)	KLOXXADO (QL) LUCEMYRA (QL) NARCAN (QL) ZUBSOLV	SUBOXONE
---	--	----------

## MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine* (PA) everolimus* mycophenolate mofetil* mycophenolic acid* sirolimus* tacrolimus capsule*		ASTAGRAF XL* AZASAN* (PA) CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARBUS XR* IMURAN* LUPKYNIS* (PA, QL) MYFORTIC* NEORAL* PROGRAF* (PA) RAPAMUNE* REZUROCK* (PA) ZORTRESS*
--	--	---

## CONDICIONES URINARIAS

alfuzosin er cevimeline finasteride oxybutynin oxybutynin er phenazopyridine potassium er silodosin (QL) solifenacin (QL) tamsulosin	CYSTAGON* ELMIRON K-PHOS ORIGINAL TOVIAZ (QL)	DETROL (ST) DETROL LA (ST) DITROPAN XL (ST) FLOMAX GELNIQUE (ST) GEMTESA (ST, QL) MYRBETRIQ (ST) PROCYSBI* (PA) PROSCAR PYRIDIUM
---	--	---

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## CONDICIONES URINARIAS

tolterodine tolterodine er (QL) trospium trospium er		RAPAFLO (QL) THIOLA* (PA) THIOLA EC* (PA) TOVIAZ (PA,QL) UROCIT-K UROXATRAL VESICARE (ST) VESICARE LS (ST)
---	--	---

## VACUNAS

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.

	ACTHIB+ ADACEL TDAP+ BEXSERO+ BOOSTRIX TDAP+ COMIRNATY+ DAPTACEL DTAP+ DENGVAXIA+ DIPHTHERIA- TETANUS TOXOIDS-PED+ ENGERIX-B ADULT+ ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT+ GARDASIL 9+ HEPLISAV-B+ HIBERIX+ INFANRIX DTAP+ IPOL+ JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)+ KINRIX+ MENACTRA+ MENQUADFI+ MENVEO A-C-Y-W- 135-DIP+ M-M-R II VACCINE+ MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)+ MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)+ MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)+	
--	--	--

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### VACUNAS (cont.)

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
	NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJUVANTED (EUA)+ PEDIARIX+ PEDVAXHIB+ PENTACEL+ PFIZER COVID (6M-4Y) VACCINE (EUA)+ PFIZER COVID (12Y UP) VAC(EUA)+ PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)+ PNEUMOVAX 23+ PREHEVBRIO+ PREVNAR 13+ PREVNAR 20+ PROQUAD+ QUADRACEL DTAP-IPV+	

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### VACUNAS (cont.)

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
	RECOMBIVAX HB+ SHINGRIX+ (QL) SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE+ TDVAX+ TENIVAC+ TRUMENBA+ TWINRIX+ VARIVAX VACCINE+ VAXELIS+ VAXNEUVANCE+	

### VITAMINAS

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
	POLY-VI-FLOR+ POLY-VI-FLOR WITH IRON+	

### CONTROL DEL PESO

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
megestrol suspension phentermine ^	WEGOVY^ (PA, QL)	CONTRAVE^ (PA) IMCIVREE*^ (PA,QL) QSYMIA^ (PA) SAXENDA^ (PA)

## Preguntas frecuentes

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

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

R. Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.** 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 requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

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

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

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

R. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

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

R. Medicamentos que:

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Medicamentos que:

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

### **P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?**

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

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

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

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

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

**R.** Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en (Recetas) y seleccione (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de (Autorización previa), haga clic en el botón (Ver lista).

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

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

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

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

**R.** Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare para solicitar la aprobación de la cantidad mayor.

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

**R.** Sí.

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

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

**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), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

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

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

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

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>3</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 tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

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

**R.** Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.<sup>4</sup> Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

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

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>4</sup>

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

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

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>4</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

## Preguntas frecuentes (cont.)

**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>5</sup>

### Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite [Cigna.com/homedelivery](http://Cigna.com/homedelivery).

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- El envío estándar no tiene costo adicional<sup>6</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>7</sup>
- Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña (Recetas) y seleccione (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>7</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### Accredo® para medicamentos de especialidad

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

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional<sup>6</sup>
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite [Cigna.com/specialty](http://Cigna.com/specialty).

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

**R.** Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta que tienen 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 medicamento 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>9</sup>

- medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), 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 medicamento necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</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 medicamento 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 a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
3. 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.
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
5. 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 tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
6. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
7. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
8. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
9. 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.
10. **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.**

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, 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. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CERTV1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

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

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

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: 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).

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Chinese** – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

**Vietnamese** – XIN LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

**Korean** – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

**Tagalog** – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

**Russian** – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

**Arabic** – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

**French Creole** – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

**French** – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

**Portuguese** – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

**Polish** – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

**Japanese** – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Italian** – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

**German** – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).