



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 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
Medicamentos de especialidad inyectables	24
Preguntas frecuentes	28
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	32

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® 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/PDL. Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna** (los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4).

¿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 HealthcareSM. 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 4 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 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
AGENTES HORMONALES		
AMABELZ	ANDRODERM (PA, QL)	ACTIVELLA
budesonide EC	ANDROGEL 1.62% (PA, QL)	ALORA (QL)
cabergoline (QL)	ARMOUR THYROID	ANDROGEL 1.0% (PA, QL)
COVARYX	CYTOMEL 50mcg	ANGELIQ
COVARYX H.S.	DIVIGEL	CLIMARA
DECADRON	DUAVEE	CLIMARA PRO
desmopressin	ESTRING (QL)	Combipatch
dexamethasone	PREMARIN	CYTOMEL 5, 25mcg
estradiol-norethindrone	PREMPHASE	DEPO-TESTOSTERONE
estrogen-methyltestosterone	PREMPRO	ELESTRIN
levothyroxine		ENTOCORT EC
LEVOXYL		ESTRACE
liothyronine		ESTROGEL
medroxy-progesterone		EVAMIST
methimazole		FEMRING
methylprednisolone		INTRAROSA
MIMVEY		LEVO-T
MIMVEY LO		MENOSTAR (QL)
NATURE-THROID		MINIVELLE (QL)
NP THYROID		OSPHENA
prednisolone		TIROSINT
prednisolone ODT		UNITHROID
prednisone		VAGIFEM (QL)
prednisone intensol		VIVELLE-DOT (QL)
progesterone		

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 de especialidad** están enumerados en el Nivel 4 (páginas 24-27)

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

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

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

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 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 de mayor costo) | \$\$\$ |
| • Nivel 4 – Medicamentos de especialidad inyectables* | (Medicamentos con el costo más alto) | \$\$\$\$ |

* Los medicamentos de especialidad orales están cubiertos en un nivel inferior (Niveles 1 a 3).

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 inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (vea las páginas 24-27). Los **medicamentos de especialidad orales** están cubiertos en un nivel inferior (Niveles 1 a 3). Están ordenados alfabéticamente (según el inglés) de acuerdo con la condición que tratan y tienen un asterisco (*) junto al 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
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	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	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	9-11	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIÓTICOS	20
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	20
PRODUCTOS DENTALES	11	CONDICIONES CUTÁNEAS	20, 21
DIABETES	11-14	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	21
DIURÉTICOS	14	DEJAR DE FUMAR	21
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	14	ABUSO DE SUSTANCIAS	21
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	14	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	22
CONDICIONES OCULARES	14, 15	CONDICIONES URINARIAS	22
		VACUNAS	22, 23
		VITAMINAS	23
		CONTROL DEL PESO	23

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

SIDA/VIH

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

ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine azelastine- fluticasone cromolyn oral concentrate desloratadine (QL) fluticasone hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet hydroxyzine pamoate ipratropium levocetirizine mometasone (QL) olopatadine promethazine solution, syrup, tablet		AUVI-Q (PA, QL) BECONASE AQ (ST) CLARINEX DYMISTA (ST) EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR (PA,QL) EPIPEN (PA, QL) EPIPEN JR (PA, QL) GASTROCROM GRASTEK (PA, QL) KARBINAL ER (PA) ODACTRA (PA, QL) OMNARIS (ST) 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 donepezil odt memantine memantine er (QL) pyridostigmine 60 mg/5 ml soln		ARICEPT EXELON MESTINON NAMENDA NAMENDA 5,10 MG TABLET
---	--	---

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

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (cont.)

pyridostigmine br 60 mg tablet pyridostigmine er rivastigmine		NAMENDA XR (QL) NAMZARIC (QL) pyridostigmine (PA,QL) PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET (PA,QL)
--	--	---

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR²

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

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS		
albuterol alyq* (PA) ambrisentan* (PA) budesonide (QL) fluticasone- salmeterol (QL) ipratropium- albuterol montelukast tadalafil* (PA) wixela inhub (QL)	ADEMPAS* (PA) ADVAIR HFA (QL) ANORO ELLIPTA (QL) ASMANEX (QL) ASMANEX HFA (QL) ATROVENT HFA (QL) BREO ELLIPTA (QL) BREZTRI AEROSPHERE (QL) COMBIVENT RESPIMAT (QL) DULERA (QL) INCRUSE ELLIPTA OFEV* (PA) OPSUMIT* (PA) PULMICORT FLEXHALER (QL) PULMOZYME* (PA) QVAR REDHALER SPIRIVA HANDIHALER (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL) STIOLTO RESPIMAT (QL) STRIVERDI RESPIMAT (QL) TRACLEER* (PA) TRELEGY ELLIPTA (QL)	ADVAIR DISKUS (ST) ADCIRCA* (PA) AIRDUO (QL, ST) albuterol hfa (PA,QL) ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (PA, QL) ALVESCO ARMONAIR DIGIHALER (ST) ARNUITY ELLIPTA (ST) BEVESPI AEROSPHERE (PA,QL) BRONCHITOL* (PA) BUDESONIDE- FORMOTEROL (PA, QL) DALIRESP (QL) DUAKLIR PRESSAIR (PA,QL) FLOVENT DISKUS (PA,QL) FLOVENT HFA (PA,QL) FLUTICASONE HFA (PA, QL) FLUTICASONE- SALMETEROL (PA,QL) KALYDECO* (PA, QL) LETAIRIS* (PA) LEVALBUTEROL HFA (PA, QL) LONHALA MAGNAIR (PA, QL) ORENITRAM ER* (PA) ORKAMBI* (PA, QL) PERFOROMIST (PA, QL) PROAIR (PA, QL) PROVENTIL HFA (PA, QL) PULMICORT FLEXHALER (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)		
		PULMICORT RESPULE SEREVENT DISKUS (QL,ST) SINGULAIR SYMBICORT (QL,ST) SYMBICORT (ST) TRIKAFTA* (PA, QL) TUDORZA PRESSAIR (ST) TYVASO REFILL KIT* (PA) VENTOLIN HFA (PA, QL) XOPENEX HFA (PA QL) YUPELRI (PA)

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD²

amphetamine (PA) atomoxetine 40 mg (QL) dexmethylph- enidate (PA) dexmethylph- enidate er (PA, QL) dextroamph- etamine (PA, QL) guanfacine er methylphenidate (PA, QL) methylphenidate cd (PA, QL) methylphenidate er (cd) (PA, QL) methylphenidate er (la) (PA, QL) methylphenidate la (PA, QL)	MYDAYIS (PA, QL) VYVANSE (PA, QL)	ADDERALL (PA, ST) ADDERALL XR (PA, ST, QL) ADHANSIA XR (PA, ST, QL) ADZENYS XR-ODT (PA, QL) APTENSIO XR (PA, ST, QL) AZSTARYS (PA, ST, QL) CONCERTA (PA, ST, QL) COTEMPLA XR-ODT (PA, QL) DAYTRANA (PA, QL) DYANAVAL XR (PA, QL) EVEKEO ODT (PA,ST) FOCALIN (PA,ST) FOCALIN XR (PA, ST, QL) INTUNIV (PA) JORNAY PM (PA, QL, ST) METHYLIN (PA) methylphenidate er 45 mg, 63 mg, 72 mg tablet (PA, QL)
---	--------------------------------------	---

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD² (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

tranexamic acid 650 mg*	DROXIA	DOPTLET* (PA) OXBRYTA* (PA, QL) SIKLOS (PA) TAVALLISSE* (PA) TAVNEOS* (PA, QL)
-------------------------	--------	--

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amiodarone amlodipine amlodipine-benazepril amlodipine-olmesartan 5-20 mg (QL) amlodipine-valsartan atenolol benazepril bisoprolol bisoprolol-hctz candesartan cartia xt carvedilol er (QL) clonidine clonidine er diltiazem diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er diltiazem 24hr er (la) diltiazem 24hr er (xr) DILT-XR dofetilide (QL) doxazosin	CORLANOR (PA) ENTRESTO (QL) NORLIQVA (PA,QL) TEKTURN HCT (QL) VERQUVO (PA,QL)	ALTACE (ST) ATACAND (PA) AVAPRO (ST) AVALIDE (ST) BERINERT*^ (PA) BETAPACE AF (PA) BIDIL (QL) BYSTOLIC (PA, QL) CALAN SR CARDIZEM (PA) CARDIZEM CD (PA) CARDIZEM LA (QL) CARDURA COREG CR (PA,QL) CORGARD (PA) DEMSER (PA) EDARBI (PA,QL) EXFORGE (PA) HEMANGEOL (PA) INDERAL LA (PA) INDERAL XL (PA) KAPSPARGO SPRINKLE (PA) KATERZIA (PA,QL) LOPRESSOR (PA) NORTHERA* (PA) NORVASC
---	---	---

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

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

enalapril flecainide guanfacine hydralazine tablet irbesartan irbesartan- hctz labetalol tablet lisinopril lisinopril-hctz losartan losartan-hctz matzim la metoprolol succinate metoprolol metyrosine (PA) nadolol nebivolol (QL) nifedipine nifedipine er olmesartan (QL) olmesartan-amlodipine-hctz olmesartan-hctz (QL) pacerone 200 mg tablet prazosin propranolol tablet propranolol er ramipril ranolazine er (QL) taztia xt telmisartan (QL) telmisartan-hctz (QL) tiadytl er valsartan 40 mg valsartan 80 mg valsartan 160 mg valsartan 320 mg valsartan-hctz verapamil er verapamil er pm verapamil tablet verapamil sr droxidopa*		QBRELIS (PA) ORLADEYO*(PA,QL) pacerone 100 mg, 400 mg tablet (PA) PROCARDIA XL RANEXA (PA,QL) SOTYLIZE TEKTURN (QL) TEKTURN HCT (QL) TENORETIC 100 (PA) TENORETIC 50 (PA) TENORMIN (PA) TIAZAC TIKOSYN (PA, QL) TOPROL XL (PA) VALSARTAN (ST) VASOTEC (PA) VERELAN PM ZESTORETIC (ST) ZESTRIL (ST) ZIAC (PA)
---	--	---

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES		
clopidogrel fondaparinux sodium (QL) jantoven warfarin	BRILINTA ELIQUIS (PA) XARELTO (PA)	ARIXTRA (QL) PLAVIX PRADAXA (PA) SAVAYSA (PA,QL) ZONTIVITY

CÁNCER

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CÁNCER (cont.)		
		TASIGNA* (PA, QL) TIBSOVO* (PA) TUKYSA* (PA) VITRAKVI* (PA) WELIREG* (PA,QL) XATMEP XELODA* (PA) XOSPATA* (PA) ZELBORAF* (PA)

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin 10 mg, 20 mg tablet+ colesevelam ezetimibe ezetimibe- simvastatin fenofibrate fenofibric acid fluvastatin+ fluvastatin er+ icosapent ethyl lovastatin 20mg, 40 mg+ omega-3 acid ethyl esters pravastatin+ rosuvastatin 20 mg, 40 mg (QL) rosuvastatin 5 mg, 10 mg+ (QL) simvastatin 80 mg (QL) simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg+	NEXLETOL (PA, QL) NEXLIZET (PA, QL) REPATHA (PA) VASCEPA (PA)	CADUET (QL) CRESTOR (PA, QL) EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE (ST) FENOGLIDE (PA) FLOLIPIID (ST) LIPITOR (PA) LIPOFEN (ST) LIVALO (PA,QL) LOVAZA (PA) PRALUENT (PA) ROSZET simvastatin 20 mg/5 ml (ST) TRICOR (ST) TRILIPIX (ST) VYTORIN (ST) ZETIA ZOCOR (PA) ZYPITAMAG (ST)
---	--	---

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

AFIRMELLE+ ALTAVERA+ ALYACEN+ AMETHIA+ AMETHYST+ APRI+ ARANELLE+ ASHLYNA+ AUBRA+ AUBRA EQ+ AUROVELA+ AUROVELA FE+ AUROVELA 24 FE+ AVIANE+	LO LOESTRIN FE NEXPLANON*+	ANNOVERA BALCOLTRA BEYAZ ELLA+ KYLEENA*+ LAYOLIS FE+ LILETTA*+ LOESTRIN FE MINASTRIN 24 FE MIRENA*+ NATAZIA NEXTSTELLIS NUVARING
--	-------------------------------	--

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
AYUNA+ AZURETTE+ 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+ ethynodiol-ethinyl estradiol+ etonogestrel-ethinyl estradiol+ FALMINA+ FEMCAP+ FEMYNOR+ GEMMILY+ HAILEY+ HAILEY FE+ HAILEY 24 FE+ HEATHER+ ICLEVIA+ INCASSIA+ ISIBLOOM+ JAIMIESS+ JASMIEL+ JENCYCLA+ JOLESSA+ JULEBER+ JUNEL+ JUNEL FE+ JUNEL FE 24+ KAITLIB FE+ KALLIGA+ KARIVA+ KELNOR 1-35+ KELNOR 1-50+ KURVELO+		PARAGARD T 380- A*+ PHEXXI+ (PA) SAFYRAL SKYLA*+ SLYND TAYTULLA TWIRLA+ TYBLUME VCF FILM+ YASMIN 28 YAZ	LARIN+ LARIN FE+ LARIN 24 FE+ LEENA+ LESSINA+ LEVONEST+ levonorgestrel- ethinyl estradiol+ LEVORA+ LOJAIMIESS+ LORYNA+ LOW-OGESTREL+ LO-ZUMANDIMINE+ LUTERA+ LYLEQ+ LYZA+ MARLISSA+ medroxy- progesterone+ MERZEE+ MICROGESTIN+ MICROGESTIN FE+ microgestin 24 fe+ 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+		

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

SHAROBEL+		
SIMLIYA+		
SIMPESSE+		
SPRINTEC+		
SRONYX+		
SYEDA+		
TARINA FE+		
TARINA FE 1-20 EQ+		
TARINA 24 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+		
TRI-MILI+		
TRI-NYMYO+		
TRI-SPRINTEC+		
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

benzonatate 150mg capsule (PA)		HYCODAN (PA, QL)
brompheniramine-pseudoephedrine-dm		TUXARIN ER (PA, QL)
		TUZISTRA XR (PA, QL)

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

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO (cont.)

hydrocodone-chlorpheniramine (PA)		
promethazine-dm		

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine		CLINPRO 5000
DENTA 5000 PLUS		FLORIVA+^
DENTAGEL		FLUORIDEX
doxycycline hyclate fluoride+^		SENSITIVITY RELIEF
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1%		JUST RIGHT 5000
ORALONE		PERIDEX
PERIOGARD		PREVIDENT
SF 1.1% GEL		PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS
SF 5000 PLUS		PREVIDENT 5000 DRY MOUTH
sodium fluoride +^		PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT
sodium fluoride 5000 dry mouth		PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE
sodium fluoride 5000 plus		PREVIDENT 5000 PLUS
triamcinolone		PREVIDENT 5000 SENSITIVE

DIABETES

1ST TIER UNIFINE PENTIPS (PA)	ACCUTREND	ADMELOG (PA, QL)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS (PA)	GLUCOSE TEST STRIPS	ADVANCED
ABOUTIME PEN NEEDLE (PA)	ACCU-CHEK SMARTVIEW	GLUCOSE TEST STRIPS
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	BAQSIMI (QL)	ADVOCATE TEST STRIPS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE	BASAGLAR (QL)	ADVOCATE REDICODE TEST STRIP
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	BYDUREON (PA, QL)	AFREZZA (PA, QL)
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	BYETTA (PA, QL)	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS
ACCU-CHEK SOFTCLIX	DEXCOM RECEIVER G6 (PA, QL)	APIDRA (PA, QL)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET KIT	DEXCOM G6 SENSOR (PA, QL)	ASSURE 4 TEST STRIPS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE	DEXCOM G6 TRANSMITTER (PA, QL)	ASSURE PLATINUM TEST STRIP
	FARXIGA (QL, ST)	ASSURE PRISM MULTI
	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL)	BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL)	CARESENS N
	FREESTYLE LIBRE READER (PA, QL)	CARETOUCH TEST STRIPS
		CEQUR

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT	GLUCAGEN HYPO KIT (QL) GLYXAMBI (QL, ST)	CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIPS
ADVOCATE PEN NEEDLES, REDI- CODE+, SYRINGES	HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE (QL)	CLEVER CHOICE PRO TEST STRIPS
ADVOCATE SYRINGES	HUMULIN (QL)	CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS
ADVOCATE PEN NEEDLES (PA)	HUMULIN R (QL)	CLEVER CHOICE VOICE+ TST STRIP
ALOGLIPTIN (PA,QL)	INSULIN LISPRO (QL)	CONTOUR NEXT EZ METER
ALOGLIPTIN- METFORMIN (PA,QL)	JANUMET (QL, ST)	CONTOUR NEXT TEST STRIPS
ASSURE ID INSULIN SAFETY	JANUMET XR (QL, ST)	CONTOUR TEST STRIPS
ASSURE ID PEN NEEDLE (PA)	JANUVIA (QL, ST)	COOL GLUCOSE TEST STRIPS
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE (PA)	JARDIANCE (QL, ST)	CYCLOSET
BD INSULIN SYRINGE	LYUMJEV (QL)	DIATRUE PLUS TEST STRIPS
BD LANCETS	MOUNJARO (PA,QL)	EASY PLUS II TEST STRIPS
BD PEN NEEDLE	NOVOLIN (QL)	EASY STEP TEST STRIPS
CAREFINE PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (QL)	EASY TALK TEST STRIPS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (QL)	EASY TOUCH TEST STRIPS
CARETOUCH PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (PA,QL)	EASY TRAK TEST STRIP
CEQR SIMPLICITY INSERTER	ONE TOUCH LANCETS	EASY TRAK II TEST STRIPS
CLICKFINE (PA)	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	EASYGLUCO TEST STRIPS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	EASYMAX TEST STRIPS
COMFORT EZ PEN NEEDLE (PA)	OZEMPIC (PA, QL)	EASYMAX 15 TEST STRIPS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE (PA)	QTERN (QL, ST)	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOLUTION	RYBELSUS (PA, QL)	ELEMENT TEST STRIPS
CONTOUR DROPLET MICRON PEN NEEDLE (PA)	SOLIQUA 100-33	EMBRACE TEST STRIPS
DROPLET PEN NEEDLE (PA)	SYMLINPEN	EMBRACE EVO TEST STRIPS
DROPLET SYRINGE	SYNJARDY (QL, ST)	EMBRACE PRO TEST STRIPS
DROPSAFE PEN NEEDLE (PA)	SYNJARDY XR (QL, ST)	EMBRACE TALK TEST STRIPS

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE		EVOLUTION TEST STRIPS
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PA)		FIASP (PA, QL)
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE		FIFTY50 TEST STRIPS
EASY GLIDE PEN NEEDLE (PA)		FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIPS
EASY TOUCH PEN NEEDLE (PA)		FORA D15G TEST STRIPS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE (PA)		FORA D20 TEST STRIPS
glimepiride		FORA D40-G31 TEST STRIPS
glipizide		FORA G20 TEST STRIPS
glipizide er		FORA G30- PREMIUM V10 TEST STRIPS
glipizide xl		FORA GD50 TEST STRIPS
GUARDIAN RT CHARGER		FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIPS
GUARDIAN TEST PLUG		FORA TEST STRIPS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE		FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIPS
HEALTHWISE PEN NEEDLE (PA)		FORA V10 TEST STRIPS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (PA)		FORA V10-V12- D10-D20 TEST STRIPS
INCONTROL PEN NEEDLE (PA)		FORA V12 TEST STRIPS
INPEN		FORA V20 TEST STRIPS
INSULIN PEN NEEDLE (PA)		FORA V30A TEST STRIPS
INSULIN SYRINGE U-500		FORACARE GD20 TEST STRIPS
INSUPEN (PA)		FORACARE GD40 TEST STRIPS
INSUPEN PEN NEEDLE (PA)		FORACARE GD40 TEST STRIPS
LITE TOUCH (PA)		FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIPS
LITETOUCH INSULIN SYRINGE		FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG		FREESTYLE LITE TEST STRIPS
MAGELLAN INSULIN SYRINGE		
MAXI-COMFORT MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (PA)		
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE		

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)			DIABETES (cont.)		
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) NOVOFINE 32 (PA) NOVOFINE AUTOCOVER (PA) NOVOFINE PLUS (PA) PARADIGM RESERVOIR PEN NEEDLES (PA) PENTIPS (PA) PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE (PA) PRO COMFORT INSULIN SYRINGE PRO COMFORT PEN NEEDLE (PA) PRODIGY INSULIN SYRINGE PURE COMFORT PEN NEEDLE (PA) RELION METER SAFETY PEN NEEDLE (PA) SECURESAFE PEN NEEDLE (PA) SURE COMFORT (PA) SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SURE COMFORT PEN NEEDLE (PA)		FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP GLUCO NAVII GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL) GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS GLUCOCARD EXPRESSION TEST STRIPS GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS GLUCOCOM GLUCOSE TEST STRIPS GLUCOSE TEST STRIPS GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS GLUMETZA (PA) GVOKE (QL) HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS HUMALOG (PA,QL) HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL (PA,QL) IGLUCOSE TEST STRIPS INFINITY TEST STRIPS INFINITY VOICE TEST STRIPS INSULIN ASPART (PA, QL)	TECHLITE TECHLITE PEN NEEDLE (PA) TOPCARE CLICKFINE (PA) TOPCARE ULTRA COMFORT TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE, PRO INS SYRINGE TRUE COMFORT PEN NEEDLE (PA) TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLE (PA) TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOULTION TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION TRUEPLUS PEN NEEDLE (PA) TRUEPLUS SYRINGE ULTRA-FINE PEN NEEDLE ULTICARE ULTICARE INSULIN SYRINGE ULTICARE PEN NEEDLE (PA) ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE (PA) ULTIGUARD SAFE0.5ML 30G 12.7MM ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE (PA) ULTIGUARD SAFEPK 0.5ML 31G 8MM ULTILET PEN NEEDLE (PA) ULTRA COMFORT		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 (PA) MICRODOT TEST STRIPS MICRODOT XTRA TEST STRIPS MYGLUCOHEALTH TEST STRIPS NESINA (PA, QL) NOVOLOG (PA, QL) ONGLYZA (PA, QL) OSENSI (PA, QL) PHARMACIST CHOICE TEST STRIPS PREMIER TEST STRIPS PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS PREMIUM V10 TEST STRIPS PRO VOICE V8-V9 TEST STRIPS PRODIGY NO CODING TEST STRIPS QUINTET TEST STRIPS QUINTET AC TEST STRIPS

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE (PA)		RELION CONFIRM-MICRO TEST STRIPS
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE (PA)		RELION PRIME TEST STRIPS
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE (PA)		RIGHTEST GS100, 300, 500 TEST STRIPS
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE (PA)		RIOMET
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE (PA)		RIOMET ER
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE		SEGLUROMET (PA, QL)
ULTRA FLO PEN NEEDLE (PA)		SEMGLEE (PA, QL)
ULTRA THIN (PA)		SMART SENSE TEST STRIPS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE		SMARTEST TEST STRIPS
ULTRACARE PEN NEEDLE (PA)		SOLUS V2 TEST STRIPS
ULTRA-THIN II (PA)		STEGLATRO (PA, QL)
UNIFINE PEN NEEDLE (PA)		STEGLUJAN (ST, QL)
UNIFINE PENTIPS (PA)		TEST N'GO TEST STRIPS
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW (PA)		TEST STRIPS
UNIFINE PENTIPS PLUS (PA)		TOUJEO SOLOSTAR (PA, QL)
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW (PA)		TRADJENTA (PA, QL)
UNIFINE SAFECONTROL (PA)		TRUETEST TEST STRIPS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PA)		TRUETRACK TEST STRIPS
VEO INSULIN SYRINGE		ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM
VANISHPOINT VANISHPOINT INSULIN SYRINGE		ULTIGUARD SAFE0.3ML 30G 12.7MM
		ULTIGUARD SAFE0.5ML 30G 12.7MM
		ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM
		ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR
		ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE (PA)
		ULTIGUARD SAFEPK 0.3ML 31G 8MM

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
		VICTOZA 2-PAK (PA,QL)
		VICTOZA 3-PAK (PA,QL)
		WAVESENSE JAZZ TEST STRIPS
		WAVESENSE PRESTO TEST STRIPS
DIURÉTICOS		
acetazolamide tablet	CAROSPIR (PA)	ALDACTONE (PA)
acetazolamide er capsule	DIURIL	EDECIN (PA)
bumetanide tablet	KERENDIA (PA, QL)	INSPIRA (PA)
chlorthalidone		JYNARQUE* (PA)
eplerenone		LASIX (PA)
furosemide solution, tablet		MAXZIDE
hydro-chlorothiazide		SOANZ (PA)
spironolactone		
triamterene-hctz		
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS		
ciprofloxacin-dexamethasone	CIPRO HC	CETRALAX (PA)
neomycin-polymyxin		CIPRODEX
b-hydrocortisone		CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE
ofloxacin		CORTISPORIN-TC
		DERMOTIC
		OTOVEL
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
sildenafil^ (QL)		CIALIS^ (QL, ST)
tadalafil^ (QL)		STENDRA^ (QL, ST)
vardeafil^ (QL)		VIAGRA^ (QL, ST)
CONDICIONES OCULARES		
bepotastine	AZASITE	ACULAR (PA)
bimatoprost (QL)	BESIVANCE	ACULAR LS (PA)
brimonidine	BETOPTIC S	ACUVAIL
brimonidine tartrate- timolol	BROMSITE	ALPHAGAN
brinzolamide	CEQUA	ALOCRIL (PA)
ciprofloxacin	COMBIGAN	ALOMIDE (PA)
cyclosporine	EYSUVIS (QL)	ALREX
difluprednate	FLAREX	AZOPT (PA)
dorzolamide-timolol	FML S.O.P. 0.1% OINTMENT	BEPREVE (PA)
	INVELTYS	BETIMOL (PA)
		COMBIGAN (PA)

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES OCULARES (cont.)		
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	LOTEMAX (PA) LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (PA) LOTEMAX SM SIMBRINZA TOBRADEX ST XIIDRA ZERVATE	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 ISTALOL (PA) 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 (PA) TOBRADEX EYE DROPS (PA) TRAVATAN Z (PA) TYRVAYA (PA, QL) VERKAZIA (PA, QL) VIGAMOX VYZULTA (PA) XALATAN (PA) XELPROS (PA) ZIOPTAN (PA, QL) ZIRGAN ZYLET

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS FEMENINOS		
GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg terconazole		
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS		
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 1.5 mg tablet (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) peg3350-sodium sulfate-sodium chloride-potassium chloride-sodium ascorbate-ascorbic acid+	AMITIZA CLENPIQ+ DEXILANT DR 30 MG CAPSULE (QL) LINZESS LITHOSTAT PANCREAZE PENTASA SUPREP+ SUTAB+ TRULANCE VIBERZI	AMITIZA (PA) 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) DEXLANSOPRAZOLE DR (PA, QL) DEXILANT DR 60 MG CAPSULE (PA,QL) DICLEGIS GOLYTELY+ (PA) IBSRELA (PA,QL) KRISTALOSE (PA) LEVBID LEVSIN 0.125 MG TABLET LEVSIN- SL LIALDA (ST) LIBRAX (PA) LIVMARLI* (PA) MARINOL (PA) MOTTEGRITY (PA) MOTOFEN MOVANTIK (PA) MOVIPREP+ (PA) NEXIUM (PA,QL) NEXIUM DR (PA,QL) NULEV OCALIVA* (PA) OMECLAMOX-PAK (PA) OSMOPREP+ (PA)

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

PEG-PREP+ prochlorperazine tablet promethazine promethegan rabeprazole (QL) scopolamine sucralfate ursodiol 200 mg, 400 mg capsule (PA)		PENTASA (ST) PEPCID (PA) PERTZYE (PA) PLENVU+ (PA) PREVACID SOLUTAB (QL,ST) PRILOSEC (QL) PROTONIX (QL, ST) PYLERA (PA) RAVICTI* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) ROBINUL (PA) ROBINUL FORTE (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SUPREP+ (PA) SYMPROIC (PA) SYNDROS (PA) TALICIA (PA) TRANSDERM-SCOP TRULANCE (PA) UCERIS FOAM (PA, QL) URSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE VOQUEZNA (PA) VOQUEZNA TRIPLE PAK (PA) XERMELO* (PA) ZELNORM (PA) ZENPEP (PA)
---	--	--

AGENTES HORMONALES

AMABELZ budesonide dr budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) DECADRON desmopressin DEXABLISS dexamethasone 6 day 1.5 mg, 10 day 1.5 mg (PA)	ANDRODERM (PA, QL) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL MEDROL 2 MG TABLET MYFEMBREE (PA,QL) ORIAHNN (PA, QL) ORLISSA (PA, QL)	ACTIVELLA ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID (PA) AYGESTIN BIJUVA CLIMARA (PA) CLIMARA PRO (PA) CRINONE 4% (PA) CYTOMEL DDAVP (PA)
---	--	---

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

AGENTES HORMONALES (cont.)

dexamethasone intensol DOTTI (QL) estradiol (once weekly) (QL) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol- norethindrone acetate EUTHYROX fyremadel^ (PA) LEVO-T LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxy- progesterone methyl- prednisolone MIMVEY millipred norethindrone NP THYROID prednisolone prednisolone odt prednisolone sodium phosphate prednisone prednisone intensol progesterone tablet testosterone cypionate WESTHROID YUVAFEM	PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO	DEPO- TESTOSTERONE DIVIGEL (PA) ELESTRIN (PA) EMFLAZA* (PA) ESTRACE (PA) EVAMIST FEMRING (PA) FORTESTA (PA, QL) HEMADY IMVEXXY (PA, QL) INTRAROSA (QL) ISTURISA* (PA, QL) JATENZO (PA, QL) LEVOTHYROXINE LEVOTHYROXINE CAPSULE levothyroxine tablets MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET MEDROL 4 MG DOSEPAK MENOSTAR (QL) MINIVELLE (PA, QL) MYCAPSSA* (PA,QL) NATESTO (PA, QL) NOCDURNA (PA) ORTIKOS (PA, QL) OSPHENA (QL) PROMETRIUM RAYALDEE RAYOS (PA) SYNTHROID (PA) TARPEYO* (PA,QL) TESTIM (PA, QL) THYQUIDITY (PA) TIROSINT TIROSINT-SOL TLANDO (PA,QL) UCERIS TABLET (PA, QL) UNITHROID VAGIFEM (PA, QL) VIVELLE-DOT (PA, QL) VOGELXO (PA, QL) XYOSTED (PA, QL)
--	---	---

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
INFECCIONES			INFECCIONES (cont.)		
acyclovir capsule, suspension, tablet	CIPRO 5,10% SUSPENSION	ACTICLATE (ST)	minocycline er (QL)		MACRODANTIN
albendazole	e.e.s. 400	AEMCOLO (QL)	mondoxylene nl		MALARONE (PA)
amoxicillin	EPCLUSA* (PA, QL)	ALINIA	nitazoxanide		MAVYRET* (PA,QL)
amoxicillin-clavulanate er	EURAX 10% CREAM	ANCOBON	nitrofurantoin suspension (PA)		MEPRON (PA)
amoxicillin-clavulanate	FIRVANQ	ARAKODA (PA)	nitrofurantoin monohydrate-macrocrystal		minocycline er (ST)
atovaquone	HARVONI* (PA, QL)	ARIKAYCE* (PA)	nystatin suspension, tablet		MINOLIRA ER (ST)
atovaquone-proguanil	HIPREX	BACTRIM	oseltamivir (QL)		MONUROL
AVIDOXY	LAGEVRIO (EUA) (QL)	BACTRIM DS	penicillin v potassium		NATROBA
azithromycin packet, suspension, tablet	MINOCIN	BARACLUDE 1 MG* (PA)	permethrin		NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION (PA)
cefadroxil	PAXLOVID (QL)	BARACLUDE 0.5 MG* (PA,QL)	posaconazole tablet		NUVESSA (PA)
cefdinir	SOLOSEC	BAXDELA 450mg TABLET (PA)	sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet		NUZYRA 150MG TABLET* (PA, QL)
cefuroxime tablet	SOVALDI* (PA, QL)	BREXAFEMME (PA)	terbinafine		ORACEA (PA)
cefpodoxime	THALOMID* (PA)	CAYSTON* (PA, QL)	tetracycline		PLAQUENIL (PA)
cephalexin	TOBI PODHALER* (PA, QL)	CIPRO	tobramycin ampule* (PA,QL)		posaconazole suspension
ciprofloxacin	VIBRAMYCIN (PA)	CLEOCIN (PA)	valacyclovir		PREVYMIS TABLET*
clarithromycin	VOSEVI* (PA, QL)	CLEOCIN PEDIATRIC	vancomycin capsule, solution		PRIFTIN
clarithromycin er	XIFAXAN (QL)	CLEOCIN 150, 300 MG CAPSULE	vandazole		SEYSARA (PA)
clindamycin		CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	voriconazole suspension, tablet (PA)		SIVEXTRO 200MG TABLET (PA)
clindamycin (pediatric)		CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM			SKLICE
coremino (QL)		CLINDESSE			SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA,QL)
COREMINO ER (QL)		DARAPRIM* (PA)			SOLODYN (PA)
doxycycline (PA)		DIFICID (QL)			SPORANOX (PA)
doxycycline hyclate dr (PA)		DIFLUCAN (PA)			sulfatrim
DOXYCYCLINE IR-DR (PA)		DORYX (PA)			TAMIFLU (QL)
doxycycline monohydrate		DORYX MPC (PA)			TARGADOX (PA)
EMVERM		E.E.S. 200 (PA)			TOLSURA
entecavir* (QL)		ELIMITE			URIBEL
erythromycin		ERYPED 200			VALCYTE (PA)
erythromycin ethylsuccinate		ERYPED 400 (PA)			VALTRES
famciclovir		ERY-TAB			VANCOGIN (PA)
fluconazole		ery-tab dr 250 mg, 500 mg tablet			VEMLIDY*
flucytosine		EURAX 10% LOT			VFEND (PA)
fosfomycin		FLAGYL			VIBRAMYCIN (PA)
itraconazole		hydroxy-chloroquine (PA)			VIEKIRA PAK* (PA,QL)
levofloxacin solution, tablet		KITABIS PAK* (PA, QL)			XENLETA (PA, QL)
methenamine		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR* (PA,QL)			XOFLUZA (QL)
metronidazole gel, capsule, tablet		LIVTENCITY* (PA,QL)			ZEPATIER* (PA, QL)
minocycline		LYMEPAK (PA)			ZITHROMAX
		MACROBID			ZITHROMAX TRI-PAK
					ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA)

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

INFERTILIDAD

clomiphene ^	ENDOMETRIN^ PREGNYL*^ (PA)	CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL*^ (PA) CRINONE 8%^(PA)
--------------	-------------------------------	--

VARIOS

ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET ACCU-CHEK SOFTCLIX AIMSCO+ (QL) CONDOMS+ (QL) deferiprone* (PA) disulfiram DROPLET LANCETS DUREX AVANTI BARE REAL FEEL+ (QL) FANTASY+ (QL) FORA GTEL KETONE TEST STRIP GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP KETONE CARE TEST STRIP KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT KIMONO MAXX+ (QL) KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE+ (QL) KIMONO MICROTHIN+ (QL) KIMONO TEXTURED+ (QL) KIMONO+ (QL) MICROLET NOVAMAX PLUS ONETOUCH DELICA POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE PRECISION XTRA sapropterin* (PA) sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial TECHLITE LANCETS	ACCU-CHEK TEST STRIPS ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER (QL) AEROCHAMBER MINI (QL) AEROCHAMBER MV (QL) AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL) AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL) AEROTRACH PLUS (QL) AEROVENT PLUS (QL) BREATHRITE (QL) CERDELGA* (PA) CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL) COMPACT SPACE CHAMBER (QL) EASIVENT (QL) ESBRIET* (PA) FLEXICHAMBER (QL) MICROCHAMBER (QL) NITYR* (PA) OPTICHAMBER DIAMOND (QL) POCKET CHAMBER (QL) PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL) RITEFLO (QL) SPACE CHAMBER (QL) SPACE CHAMBER- MEDIUM MASK (QL)	ADDYI^ (PA, QL) AUSTEDO* (PA) ESBRIET* (PA) EVRYSDI* (PA) EXSERVAN* (PA) GALAFOLD* (PA) HORIZANT (PA) HYPER-SAL INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) INGREZZA* (PA) KUVAN* (PA) NUEDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) PALYNZIQ* (PA) PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL) RADICAVA ORS* (PA,QL) SENSIPAR* (PA) TIGLUTIK* (PA) VYNDAMAX* (PA, QL)
--	---	---

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

VARIOS (cont.)

TRUEPLUS KETONE TEST STRIP TRUSTEX CONDOM+ (QL) TRUSTEX LATEX CONDOM+ (QL) TRUSTEX+ (QL) TRUSTEX-RIA+ (QL)	SPACE CHAMBER- SMALL MASK (QL) VORTEX VHC FROG MASK (QL) VORTEX VHC LADYBUG MASK (QL)	
---	---	--

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

dalfampridine er* (PA) dimethyl fumarate*	BAFIERTAM* (PA) GILENYA* (PA) MAYZENT* (PA) VUMERITY* (PA) ZEPOSIA* (PA)	AUBAGIO* (PA) FIRDAPSE* (PA, QL) GILENYA* (PA) MAVENCLAD* (PA) PONVORY* (PA) TECFIDERA* (PA)
---	--	---

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

betaine* calcitriol^ cyanocobalamin injection, vial dodex folic acid 1 mg^ folic acid 0.4 mg, 0.8 mg, 400 mcg, 800 mcg+ tablet folitab 500+ klor-con KLOR-CON 8 KLOR-CON 10 MEQ lanthanum MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE+ potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet prenatal multi-dha+ sevelamer sevelamer carbonate taron-prex prenatal^ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^ VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+	CITRANATAL 90 DHA CITRANATAL ASSURE CITRANATAL B-CALM CITRANATAL DHA CITRANATAL HARMONY FLORIVA CHEWABLE TABLET+ LOKELMA NEEVO DHA^ OB COMPLETE ONE OB COMPLETE PETITE OB COMPLETE PREMIER OB COMPLETE WITH DHA POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ PRENATE^ PRIMACARE QUFLORA PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+ QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+	ACCRUFER^ AURYXIA (QL) BONIVA (ST) CITRANATAL BLOOM^ DRISDOL^ FOSRENOL (PA) K-TAB ER NASCOBAL (PA) OB COMPLETE^ PHOSLYRA RENAGEL (PA) REVELA (PA) ROCALTROL^
---	---	---

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

	QUFLORA PEDIATRIC 0.5 MG/ ML DROP+ TRI-VI-FLOR+ VELPHORO VELTASSA	
--	--	--

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate ibandronate 150 mg tablet raloxifene+ risedronate risedronate dr		ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST) EVISTA FOSAMAX (ST)
---	--	--

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen- codeine (PA) allopurinol tablet baclofen tablet buprenorphine patch (QL) butalbital- acetaminophen- caffeine (QL) carisoprodol celecoxib (QL) cyclobenzaprine cyclobenzaprine er (PA, QL) diclofenac 1% gel (QL) diclofenac 1.5% topical solution (PA) diclofenac 35 mg capsule (PA) diclofenac (PA, QL) diclofenac ec (PA) EC-NAPROXEN ECOTRIN EC 81 MG TABLET+ eletriptan (QL) ENDOCET (PA) febuxostat (QL) fentanyl (PA) frovatriptan (QL) GLOPERBA (PA, QL) GLYDO	AIMOVIG (PA) AJOVY (PA) BELBUCA (QL) EMGALITY (PA) FLECTOR (PA,QL) HYSINGLA ER (PA) LICART (PA,QL) MITIGARE NUCYNTA (PA) NURTEC ODT (PA, QL) OTEZLA* (PA, QL) OTREXUP (PA) PROCTOFOAM-HC QULIPTA (PA, QL) RASUVO (PA) REDITREX (PA) RINVOQ* (PA, QL) SAVELLA TRUDHESA (PA,QL) UBRELVY (PA, QL) XELJANZ* (PA, QL) XELJANZ XR* (PA, QL) XTAMPZA ER (PA) ZTLIDO	AMRIX (PA, QL) ANALPRAM HC (PA) ARAVA BUTRANS (QL) CAMBIA (PA) CELEBREX (QL, ST) COLCHICINE 0.6 MG CAPSULE (PA) COLCRYS CUPRIMINE* (PA, QL) DEPEN* (PA,QL) DUEXIS (PA) EC-NAPROSYN (ST) ELYXXB (PA, QL) ESGIC (PA,QL) FEXMID FIORICET (PA,QL) FROVA (PA,QL) GRALISE (PA) IMITREX (PA, QL) INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE (PA) KEVZARA* (PA, QL) KINERET* (PA,QL) LAZANDA (PA) LIDODERM (PA) LYVISPAH (PA) MIGRANAL (PA, QL) MOBIC (ST) NALFON 400 MG CAPSULE (PA) NAPRELAN (PA)
--	---	---

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

hydrocodone- acetaminophen (PA) hydromorphone (PA) hydromorphone er (PA) IBU ibuprofen indomethacin indomethacin er ketorolac tromethamine (QL) leflunomide lidocaine (QL) lidocaine 5% ointment (QL) lidocaine 5% patch lidocaine viscous lidocaine-prilocaine meloxicam tablet meloxicam capsule (PA, QL) metaxalone methocarbamol morphine (PA) morphine er (PA) nabumetone naproxen (PA) naproxen suspension (PA) NALOCET (PA) oxycodone (PA) oxycodone er (PA) oxycodone- acetaminophen (PA) penicillamine* (PA, QL) prolate 10-300, 5-300, 7.5-300 mg tablet (PA) rizatriptan (QL) sumatriptan (QL) sumatriptan succ- naproxen sod (QL) tizanidine capsule (PA) tramadol 50 mg tablet (QL)		NAPROSYN TABLET (ST) NUCYNTA ER (PA) OLUMIANT* (PA, QL) ONZETRA XSAIL (PA, QL) OXAYDO (PA) OXYCONTIN (PA) PERCOCET (PA) PENNSAID (PA) PROCORT PROLATE SOLUTION (PA) PROLATE 10 MG- 300 MG/5 ML SOLN (PA) QULIPTA (PA, QL) RASUVO (PA) RELAFEN DS (PA) RELPAK (PA, QL) REYVOW (PA, QL) ROXICODONE (PA) ROXYBOND (PA) SEGLENTIS (PA, QL) SPRIX (PA, QL) SUBSYS TOSYMRA (PA, QL) TRAMADOL 100 MG TABLET (PA, QL) TREXIMET (PA,QL) ULORIC (PA, QL) ZANAFLEX ZEBUTAL (QL) ZEMBRACE (PA, QL) ZOHYDRO ER (PA) ZOMIG NASAL (PA, QL) ZYLOPRIM (PA)
---	--	--

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

tramadol er (QL) VANADOM vtol lq (PA)		
---	--	--

ENFERMEDAD DE PARKINSON

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

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS²

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine carbamazepine er carbamazepine carbamazepine er clonazepam divalproex divalproex er EPITOL gabapentin lacosamide lamotrigine	NAYZILAM (PA, QL)	APTiom (PA, QL) BANZEL (PA,QL) BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA) CARBATROL (PA) DEPAKOTE (PA) DEPAKOTE ER (PA) DEPAKOTE SPRINKLE (PA) DIASTAT (PA)
--	-------------------	--

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

lamotrigine (blue) lamotrigine (green) lamotrigine (orange) lamotrigine er lamotrigine odt lamotrigine odt (blue) lamotrigine odt (green) lamotrigine odt (orange) levetiracetam solution, tablet levetiracetam er oxcarbazepine pregabalin ROWEEPRA rufinamide (PA,QL) SUBVENITE SUBVENITE (BLUE, GREEN, ORANGE) topiramate topiramate er vigabatrin* vigadrone*		DIASTAT ACUDIAL (PA) ELEPSIA (PA) EPIDIOLEX* (PA) EPRONTIA (PA) FINTEPLA* (PA) FYCOMPA (PA,QL) KEPPRA (PA) KEPPRA XR (PA) KLONOPIN (PA) LAMICTAL (PA) LAMICTAL ODT (PA) LAMICTAL XR (PA) LYRICA (PA) LYRICA CR MYSOLINE (PA) NEURONTIN (PA) OXTELLAR XR (PA) PHENYTEK (PA) QUDEXY XR (PA) SABRIL* (PA) SPRITAM (PA) SYMPAZAN (PA) TROKENDI XR (PA,QL) VIMPAT SOLUTION, TABLET (PA)
--	--	---

CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE adapalene-benzoyl peroxide AMNESTEEM AVAR CLEANSER azelaic acid betamethasone diprop augmented betamethasone dipropionate BP 10-1 calcipotriene calcipotriene cream, ointment, solution calcipotriene- betamethasone CLARAVIS CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET CLINDACIN P 1% PLEDGETS	ACZONE 7.5% GEL PUMP ARAZLO CIBINQO* (PA, QL) DRYSOL EUCRISA (ST) NAFTIN PICATO SANTYL (QL)	ABSORICA (ST) ABSORICA LD (ST) ACANYA ACZONE 5% GEL AKLIEF AMZEEQ (PA) ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS AVAR-E AVAR-E GREEN BENZACLIN GEL (PA) BRYHALI (ST) calcipotriene foam (PA) CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCIN T CLINDACIN ETZ KIT
---	---	---

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution clindamycin-benzoyl peroxoxide clindamycin phostretinoin CLOCORTOLONE PIVALATE clobetasol CLODAN clotrimazole-betamethasone dapsone gel DROPSAFE PREP PADS fluorouracil cream, topical solution halcinonide (PA) isotretinoin ketoconazole KETODAN metronidazole mupirocin (PA) MYORISAN NEUAC GEL pimecrolimus ROSADAN sodium sulfacetamide-sulfur SSS 10-5 SULFACLEANSE 8-4 tacrolimus ointment tretinoin (PA) triamcinolone (PA) trianex (PA) TRIDERM tritocin (PA) ZENATANE		CLINDACIN PAC KIT CLINDAGEL (PA) CLOBEX (PA) CLODERM (ST) DAPSONE 7.5% GEL PUMP DENAVIR (QL) DOVONEX DUOBRII EFUDEX ELIDEL (PA) ENSTILAR (PA) EPIDUO (PA) ERTACZO (PA) EVOCLIN EXTINA (PA) FABIOR FINACEA FOAM (PA) HALOBETASOL (PA) HALOG (ST) IMPOYZ (PA) JUBLIA (PA) KENALOG (PA) KERYDIN (PA) KLISYRI (PA, QL) LEXETTE (PA) LOCOID LIPOCREAM (PA) LUZU (PA) METROCREAM (PA) METROGEL (PA) METROLOTION (PA) NEUAC 1.2-5% KIT NORITATE (PA) OLUX (PA) ONEXTON OPZELURA (PA) PLEXION PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM, LOTION PROTOPIC (PA) QBREXZA REGRANEX (PA, QL) RETIN-A (PA) SOOLANTRA (PA) SORILUX (PA) TACLONEX (PA) TAZAROTENE 0.1% FOAM

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
		TAZORAC 0.1% CREAM TEMOVATE (ST) TWYNEO ULTRAVATE (PA) ULTRAVATE X (ST) VALCHLOR* VANOS (PA) VECTICAL (QL) VELTIN (PA) VEREGEN (PA) VTAMA (PA,QL) WINLEVI (PA) WYNZORA (PA) XEPI XERESE (PA, QL) ZIANA (PA) ZILXI (PA)

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA) doxepin (QL) eszopiclone modafinil (PA) temazepam zolpidem zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	AMBIEN (PA) AMBIEN CR (PA, QL) BELSOMRA (PA) HETLIOZ LQ* (PA) HETLIOZ* (PA) LUNESTA (PA) NUVIGIL (PA) PROVIGIL (PA) QUVIVIQ (PA,QL) RESTORIL (PA) SILENOR 6 MG TABLET (PA) SILENOR 3 MG TABLET (PA, QL) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA, QL) XYWAV* (PA, QL) ZOLPIMIST (PA)
--	-------------------------------------	---

DEJAR DE FUMAR²

bupropion sr+	APO-VARENICLINE [^] NICOTROL NS+ [^] NICOTROL+ [^]	APO-VARENICLINE NICODERM CQ+
---------------	---	------------------------------

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine* (PA) everolimus* mycophenolate mofetil* mycophenolic acid* sirolimus* tacrolimus capsule*		ASTAGRAF XL* AZASAN* (PA) CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARUS 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 tolterodine tolterodine er (QL) trospium trospium er	CYSTAGON* ELMIRON K-PHOS ORIGINAL TOVIAZ (PA, QL)	DETROL (ST) DETROL LA (ST) DITROPAN XL (ST) FLOMAX GELNIQUE (ST) GEMTESA (ST, QL) MYRBETRIQ (ST) PROCYSBI* (PA) PROSCAR PYRIDIDIUM 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+ DAPTACEL DTAP+ DENG VAXIA+ DIPHThERIA- TETANUS TOXOIDS-PED+ ENGERIX-B ADULT+	FLUMIST QUAD 2021-2022+ NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)+ QUADRACEL DTAP- IPV SYRINGE+
--	--	---

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.

	ENERGIX-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) VACC(EUA)+ MODERNA COVID (12Y UP) VAC(EUA)+ PEDIARIX+ PEDVAXHIB+ PENTACEL+ PFIZER COVID (12Y UP) VAC(EUA)+ PFIZER COVID (5- 11Y) VAC (EUA)+ PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)+ PFIZER COVID (6M- 4Y) VACC(EUA)+ PNEUMOVAX 23+ PREHEVBRIO+ PREVNAR 13+ PREVNAR 20+ PROQUAD+ QUADRACEL DTAP- IPV VIAL+ RECOMBIVAX HB+ SHINGRIX+ (QL) TDVAX+ TENIVAC+ TRUMENBA+	
--	--	--

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 24-27).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
VACUNAS (cont.)		
	TWINRIX+ VARIVAX VACCINE+ VAXELIS+ VAXNEUVANCE+	
VITAMINAS		
	POLY-VI-FLOR+ POLY-VI-FLOR WITH IRON+	
CONTROL DEL PESO		
megestrol suspension phentermine ^	WEGOVY^ (PA, QL)	CONTRACE^ (PA) IMCIVREE*^ (PA,QL) QSYMIA^ (PA) SAXENDA^ (PA)

Medicamentos de especialidad inyectables

Los medicamentos que se enumeran a continuación están cubiertos en el Nivel 4.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
ACTEMRA SYRINGE (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ACTEMRA ACTPEN (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ACTIMMUNE (PA)	Cáncer
ADALIMUMAB-ADAZ (CF) (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ADBRY (PA)	Condiciones cutáneas
ADVATE^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ADYNOVATE^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
AFSTYLA^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
AMJEVITA (MADE BY AMGEN) (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ARACALYST (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ARANESP^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
AVONEX (PA)	Esclerosis múltiple
AVONEX PEN (PA)	Esclerosis múltiple
AVSOLA^ (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
BENLYSTA* (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
BETASERON (PA)	Esclerosis múltiple
BYNFEZIA (PA)	Esclerosis múltiple
CABENUVA^ (PA)	SIDA/VIH
CABLIVI^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
CETROTIDE^ (PA)	Agentes hormonales
chorionic gonadotropin^ (PA)	Infertilidad
CIMZIA (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
COSENTYX SENSOREADY PEN (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
COSENTYX SYRINGE (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
CYLTEZO (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
DUPIXENT (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
EGRIFTA (PA)	Agentes hormonales
ELOCTATE^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
EMPAVELI (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ENBREL (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ENTYVIO^ (PA)	Condiciones gastrointestinales/pirosis
EPOGEN^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ESPEROCT^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
EXTAVIA (PA)	Esclerosis múltiple
FASENRA PEN (PA)	Asma/EPOC/condiciones respiratorias
FENSOLVI^ (PA)	Agentes hormonales

Medicamentos de especialidad inyectables (cont.)

Los medicamentos que se enumeran a continuación están cubiertos en el Nivel 4.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
FOLLISTIM AQ^ (PA)	Infertilidad
FRAGMIN* (QL)	Diluyentes de la sangre/anticoagulantes
FULPHILA (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
GANIRELIX^	Agentes hormonales
GATTEX (PA)	Condiciones gastrointestinales/pirosis
GENOTROPIN (PA)	Agentes hormonales
glatiramer (PA)	Esclerosis múltiple
glatopa (PA)	Esclerosis múltiple
GRANIX^	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
HAEGARDA (PA)	Medicamentos para la presión arterial/para el corazón
HEMLIBRA (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
HUMATROPE (PA, QL)	Agentes hormonales
HUMIRA (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
HYRIMOZ (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ILARIS^ (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
ILUMYA (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
INCRELEX (PA)	Agentes hormonales
INFLECTRA (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
INFLIXIMAB^ (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
JIVI^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
KALBITOR^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
KESIMPTA PEN (PA)	Esclerosis múltiple
KEVZARA (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
KINERET (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
KOGENATE FS^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
KOVALTRY^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
LANREOTIDE ACETATE^ (PA)	Agentes hormonales
LUPRON DEPOT-PED^ (PA)	Agentes hormonales
MIRCERA^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
MYALEPT (PA)	Varios
NATPARA (PA)	Agentes hormonales
NEULASTA (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NEULASTA ONPRO^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NEUPOGEN^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NIVESTYM^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NORDITROPIN FLEXPOR (PA, QL)	Agentes hormonales

Medicamentos de especialidad inyectables (cont.)

Los medicamentos que se enumeran a continuación están cubiertos en el Nivel 4.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
NOVOEIGHT^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NUCALA (PA)	Asma/EPOC/condiciones respiratorias
NUWIQ^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
NYVEPRIA (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
OMNITROPE (PA)	Agentes hormonales
ORENCIA SYRINGE (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
PALYNZIQ (PA)	Varios
PEGASYS (PA)	Infecciones
PHESGO^ (PA)	Cáncer
PLEGRIDY (PA)	Esclerosis múltiple
PROCRI^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
REBIF (PA)	Esclerosis múltiple
REBIF REBIDOSE (PA)	Esclerosis múltiple
RECOMBIMATE^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
RELEUKO^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
REMICADE^ (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
RETACRI^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
RUCONEST^ (PA)	Medicamentos para la presión arterial/para el corazón
SAJAZIR (PA)	Medicamentos para la presión arterial/para el corazón
SANDOSTATIN^ (PA)	Agentes hormonales
SANDOSTATIN LAR^ (PA)	Agentes hormonales
SEROSTIM (PA)	Agentes hormonales
SIGNIFOR LAR^ (PA)	Agentes hormonales
SILIQ (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
SIMPONI (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
SIMPONI ARIA (PA)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
SKYRIZI (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
SKYTROFA (PA, QL)	Agentes hormonales
SOMATULINE DEPOT^ (PA)	Agentes hormonales
SOMAVERT (PA)	Agentes hormonales
STELARA SYRINGE, 45MG/0.5ML VIAL (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
STRENSIQ (PA)	Varios
TAKHZYRO (PA)	Medicamentos para la presión arterial/para el corazón

Medicamentos de especialidad inyectables (cont.)

Los medicamentos que se enumeran a continuación están cubiertos en el Nivel 4.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
TALTZ (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
TEGSEDI (PA)	Varios
TEZSPIRE* (PA)	Asma/EPOC/condiciones respiratorias
TREMFYA (PA, QL)	Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria
UDENYCA^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
VOXZOGO^ (PA)	Varios
XYNTHA^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
XYNTHA SOLOFUSE^ (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ZARXIO^	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ZIEXTENZO (PA)	Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos
ZORBTIVE (PA)	Agentes hormonales

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 comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que 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** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página,

abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (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 comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

través de su proceso de revisión de la cobertura.

P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), 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.³

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.⁴ 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.⁴

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.⁴ 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.⁵

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.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- El envío estándar no tiene costo adicional⁶
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- 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 *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (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)⁷ 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).⁸ 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 adicional⁶
- 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.

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:⁹

- 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,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ 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 médicamente 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 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. 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 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).