



# Lista de medicamentos con receta Value 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   | 20 |
| Preguntas frecuentes                       | 24 |
| Exclusiones y limitaciones de la cobertura | 28 |

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



**Aplicación myCigna® 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 Value 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 Healthcare<sup>SM</sup>. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

\* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de octubre de 2011

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 Value 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.

**Los medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos) no están cubiertos en esta Lista de medicamentos.** Esos medicamentos son considerados exclusiones del plan (o de beneficios). Puede comprar estos medicamentos en la farmacia sin una receta.

## 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 Value de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

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

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 19-27)

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 Value 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.

- |  |                                      |                 |
|--|--------------------------------------|-----------------|
| • <b>Nivel 1 – Habitualmente genéricos</b>                   | (Medicamentos con el costo más bajo) | <b>\$</b>       |
| • <b>Nivel 2 – Habitualmente marcas preferidas</b>           | (Medicamentos de costo medio)        | <b>\$\$</b>     |
| • <b>Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas</b>        | (Medicamentos de mayor costo)        | <b>\$\$\$</b>   |
| • <b>Nivel 4 – Medicamentos de especialidad inyectables*</b> | (Medicamentos con el costo más alto) | <b>\$\$\$\$</b> |

\* 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.

- |              |   |
|--------------|---|
| <b>(PA)</b>  | <b>Autorización previa:</b> Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(PA)</b> junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.  |
| <b>(QL)</b>  | <b>Límites a la cantidad:</b> 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 <b>(QL)</b> junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare. |
| <b>(ST)</b>  | <b>Tratamiento escalonado:</b> 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 <b>(ST)</b> junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.   |
| <b>(AGE)</b> | <b>Requisitos de edad:</b> Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(AGE)</b> 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 19-27). 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      | CONDICIONES GASTROINTESTINALES/<br>PIROSIS    | 13, 14 |
| ALERGIA/ROCIADORES NASALES                               | 6      | AGENTES HORMONALES                            | 14     |
| ENFERMEDAD DE ALZHEIMER                                  | 6      | INFECCIONES                                   | 14, 15 |
| ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO<br>BIPOLAR                  | 6      | INFERTILIDAD                                  | 15     |
| ASMA/EPOC/CONDICIONES<br>RESPIRATORIAS                   | 6, 7   | VARIOS  | 15     |
| TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E<br>HIPERACTIVIDAD     | 7      | ESCLEROSIS MÚLTIPLE                           | 15     |
| MODIFICADORES DE LA SANGRE/<br>TRASTORNOS HEMORRÁGICOS   | 7      | NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS                       | 15, 16 |
| MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN<br>ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN | 7, 8   | PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS                | 16     |
| DILUYENTES DE LA SANGRE/<br>ANTICOAGULANTES              | 8      | ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD<br>INFLAMATORIA | 16, 17 |
| CÁNCER   | 8      | ENFERMEDAD DE PARKINSON                       | 17     |
| MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL                          | 9      | ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIÓTICOS                   | 17     |
| PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS                                | 9-11   | TRASTORNOS CONVULSIVOS                        | 17, 18 |
| MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO                      | 11     | CONDICIONES CUTÁNEAS                          | 18     |
| PRODUCTOS DENTALES                                       | 11     | TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES                 | 18     |
| DIABETES   | 11, 12 | DEJAR DE FUMAR                                | 18     |
| DIURÉTICOS   | 12     | ABUSO DE SUSTANCIAS                           | 18     |
| MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS                              | 13     | MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE                  | 18     |
| DISFUNCIÓN ERÉCTIL                                       | 13     | CONDICIONES URINARIAS                         | 19     |
| CONDICIONES OCULARES                                     | 13     | VACUNAS                                       | 19     |
| PRODUCTOS FEMENINOS                                      | 13     | VITAMINAS                                     | 19     |
|  |        | CONTROL DEL PESO                              | 19     |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$   | NIVEL 3<br>\$\$\$   |
|--|---|---|
| <b>SIDA/VIH</b>  |   |   |
| efavirenz-<br>emtricitabine-<br>tenofovir* (QL)<br>emtricitabine-<br>tenofovir 200-300<br>mg*+<br>etravirine*<br>ritonavir*<br>tenofovir* (PA) | BIKTARVY* (QL)<br>DESCOVY 200-25<br>MG TABLET*+ (PA)<br>DOVATO* (QL)<br>GENVOYA* (QL)<br>ISENTRESS HD* (PA)<br>ISENTRESS*<br>JULUCA* (QL)<br>PREZISTA*<br>SELZENTRY* (PA)<br>SYM TUZA* (QL)<br>TIVICAY PD*<br>TIVICAY*<br>TRIUMEQ* (QL)<br>TRIUMEQ PD* (QL) | APRETUDE+ (PA)<br>CIMDUO* (PA)<br>COMPLERA*<br>(PA,QL)<br>DELSTRIGO* (PA,<br>QL)<br>EVOTAZ* (PA)<br>ODEFSEY* (PA, QL)<br>PIFELTRO* (PA)<br>PREZCOBIX* (PA)<br>RUKOBIA* (PA, QL)<br>STRIBILD* (PA, QL) |

## ALERGIA/ROCIADORES NASALES

|  |  |   |
|--|--|---|
| azelastine<br>azelastine-<br>fluticasone<br>cromolyn oral<br>concentrate<br>desloratadine^<br>(QL)<br>fluticasone^<br>hydroxyzine hcl<br>solution, syrup,<br>tablet<br>hydroxyzine<br>pamoate<br>ipratropium<br>levocetirizine^<br>mometasone^ (QL)<br>olopatadine<br>promethazine<br>solution, syrup,<br>tablet |  | GASTROCROM<br>GRASTEK (PA, QL)<br>ODACTRA (PA, QL)<br>ORALAIR (PA, QL)<br>PATANASE<br>RAGWITEK (PA, QL)<br>VISTARIL |
|--|--|---|

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

|  |  |   |
|--|--|---|
| donepezil<br>donepezil odt<br>memantine<br>memantine er (QL)<br>pyridostigmine 60<br>mg/5 ml, 60 mg<br>pyridostigmine er<br>rivastigmine |  | ARICEPT<br>EXELON<br>MESTINON<br>NAMENDA<br>NAMZARIC (QL) |
|--|--|---|

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$   |
|--|-----------------|---|
| <b>ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>2</sup></b>  |                 |   |
| alprazolam<br>alprazolam er<br>alprazolam intensol<br>alprazolam odt<br>alprazolam xr<br>amitriptyline<br>bupropion (QL)<br>bupropion sr (QL)<br>bupropion xl 150<br>mg tablet (QL)<br>bupropion xl 300<br>mg tablet (QL)<br>buspirone<br>citalopram 10, 20,<br>40 mg tablet (QL)<br>citalopram 10<br>mg/5 ml solution<br>(QL)<br>clomipramine<br>duloxetine (QL)<br>escitalopram (QL)<br>fluoxetine dr (QL)<br>fluoxetine (QL)<br>fluvoxamine (QL)<br>fluvoxamine er (QL)<br>lorazepam<br>lorazepam intensol<br>mirtazapine<br>paroxetine cr (QL)<br>paroxetine er (QL)<br>paroxetine (QL)<br>sertraline (QL)<br>trazodone<br>venlafaxine (QL)<br>venlafaxine er (QL) |                 | CITALOPRAM HBR<br>30 MG CAPSULE<br>(QL)<br>DESVENLAFAXINE<br>ER (QL,ST)<br>EMSAM (QL)<br>FETZIMA (QL, ST)<br>NUPLAZID* (PA)<br>SPRAVATO* (PA)<br>TRINTELLIX (QL, ST)<br>XANAX<br>XANAX XR |

## ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

|  |   |  |
|--|---|--|
| alyq* (PA)<br>AMBRISENTAN*<br>(PA)<br>budesonide (QL)<br>fluticasone-<br>salmeterol (QL)<br>ipratropium-<br>albuterol<br>montelukast | ADEMPAS* (PA)<br>ALVESCO<br>ANORO ELLIPTA<br>(QL)<br>ASMANEX (QL)<br>ASMANEX HFA (QL)<br>ATROVENT HFA<br>(QL)<br>BREZTRI<br>AEROSPHERE (QL) | ADCIRCA* (PA)<br>AIRDUO DIGIHALER<br>(QL,ST)<br>BRONCHITOL* (PA)<br>BUDESONIDE-<br>FORMOTEROL (QL)<br>DALIRESP (QL)<br>FLUTICASONE-<br>SALMETEROL (QL) |
|--|---|--|



# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$                                      | NIVEL 2<br>\$\$   | NIVEL 3<br>\$\$\$  |
|--|---|--|
| <b>ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)</b> |   |  |
| tadalafil 20mg tablet* (PA)<br>wixela inhub (QL)   | COMBIVENT<br>RESPIMAT (QL)<br>DULERA (QL)<br>INCRUSE ELLIPTA<br>OFEV* (PA)<br>OPSUMIT* (PA)<br>QVAR REDIHALER<br>SPIRIVA<br>HANDIHALER (QL)<br>STIOLTO RESPIMAT (QL)<br>STRIVERDI<br>RESPIMAT (QL)<br>TRACLEER 32<br>MG TABLET FOR<br>SUSPENSION* (PA)<br>TRELEGY ELLIPTA (QL)<br>UPTRAVI* (PA) | KALYDECO* (PA, QL)<br>LETAIRIS* (PA)<br>LONHALA<br>MAGNAIR (PA,QL)<br>ORENITRAM ER* (PA)<br>ORKAMBI* (PA, QL)<br>PULMICORT (QL)<br>PULMOZYME* (PA)<br>SINGULAIR<br>TRIKAFTA* (PA, QL)<br>TYVASO REFILL KIT* (PA) |

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| amphetamine (PA)<br>atomoxetine (QL)<br>dextro-<br>amphetamine-<br>amphetamine (PA)<br>dextro-<br>amphetamine-<br>amphetamine er (PA)<br>guanfacine er<br>methylphenidate (PA)<br>methylphenidate er 10-60 mg capsule (PA,QL)<br>methylphenidate er (la) (PA, QL)<br>methylphenidate cd (PA, QL)<br>methylphenidate er (cd) (PA, QL)<br>methylphenidate la (PA, QL) |  | ADDERALL (PA,ST)<br>DAYTRANA (PA,QL)<br>FOCALIN (PA,ST)<br>METHYLIN (PA)<br>METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB (QL)<br>QUILLIVANT XR (PA, QL)<br>RITALIN (PA,ST)<br>zenzedi 5 mg, 10 mg tablet (PA, ST) |
|---|--|---|

## MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

|  |        |  |
|--|--------|--|
| aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500 mg, 1,000 mg*<br>tranexamic acid 650 mg* | DROXIA | DOPTELET* (PA)<br>LYSTEDA*<br>PROMACTA* (PA)<br>SIKLOS (PA)<br>TAVALISSE* (PA) |
|--|--------|--|

| NIVEL 1<br>\$   | NIVEL 2<br>\$\$  | NIVEL 3<br>\$\$\$   |
|---|--|---|
| <b>MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN</b>   |  |   |
| amiodarone tablet<br>amlodipine<br>amlodipine-<br>benazepril<br>amlodipine-<br>olmesartan (QL)<br>amlodipine-<br>valsartan<br>atenolol<br>benazepril<br>bisoprolol<br>bisoprolol-hctz<br>candesartan<br>cartia xt<br>carvedilol<br>carvedilol er (QL)<br>clonidine<br>diltiazem 12hr er<br>diltiazem 24hr er<br>diltiazem 24hr er (cd)<br>diltiazem 24hr er (la)<br>diltiazem 24hr er (xr)<br>diltiazem<br>DILT-XR<br>DOFETILIDE (QL)<br>doxazosin<br>droxidopa*<br>enalapril<br>flecainide<br>hydralazine tablet<br>icatibant* (PA)<br>irbesartan<br>irbesartan-hctz<br>labetalol tablet<br>lisinopril<br>lisinopril-hctz<br>losartan<br>losartan-hctz<br>matzim la<br>metoprolol<br>succinate<br>metoprolol tablet<br>metyrosine (PA)<br>nadolol<br>nebivolol (QL)<br>nifedipine<br>nifedipine er | CORLANOR (PA)<br>ENTRESTO (QL)<br>NORLIQVA (PA,QL)<br>VERQUOVO (PA,QL) | ADALAT<br>BERINERT*^ (PA)<br>BIDIL (QL)<br>CALAN SR<br>CARDIZEM LA (QL)<br>CARDURA<br>CATAPRES-TTS 1<br>CATAPRES-TTS 2<br>CATAPRES-TTS 3<br>CINRYZE*^ (PA)<br>EPANED<br>MINIPRESS<br>NITROSTAT<br>NORTHERA* (PA)<br>NORVASC<br>ORLADEYO* (PA, QL)<br>PACERONE (PA)<br>PACERONE 100, 400 MG TABLET (PA)<br>PROCARDIA XL<br>SOTYLIZE<br>TIAZAC<br>TIKOSYN (PA, QL)<br>VALSARTAN 4 MG/ML SOLUTION<br>VERELAN<br>VERELAN PM |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

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

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| olmesartan (QL)              |  |  |
| olmesartan-amlodipine-hctz   |  |  |
| olmesartan-hctz (QL)         |  |  |
| pacerone                     |  |  |
| pacerone 200 mg tablet       |  |  |
| prazosin                     |  |  |
| propranolol tablet           |  |  |
| propranolol er               |  |  |
| ramipril                     |  |  |
| ranolazine er (QL)           |  |  |
| taztia xt                    |  |  |
| telmisartan (QL)             |  |  |
| telmisartan-hctz (QL)        |  |  |
| tiadylt er                   |  |  |
| valsartan 160, 320 mg tablet |  |  |
| valsartan-hctz               |  |  |
| verapamil tablet             |  |  |
| verapamil er                 |  |  |
| verapamil er pm              |  |  |
| verapamil sr                 |  |  |

## DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

|                          |              |                  |
|--------------------------|--------------|------------------|
| clopidogrel              | BRILINTA     | ARIXTRA (QL)     |
| fondaparinux sodium (QL) | ELIQUIS (PA) | PLAVIX           |
| jantoven                 | XARELTO (PA) | SAVAYSA (PA, QL) |
| prasugrel                |              | ZONTIVITY        |
| warfarin                 |              |                  |

## CÁNCER

|                                 |                     |                              |
|---------------------------------|---------------------|------------------------------|
| abiraterone* (PA)               | ALECENSA* (PA, QL)  | AFINITOR 2.5 MG TABLET* (PA) |
| anastrozole+ capecitabine* (PA) | BRUKINSA* (PA, QL)  | AFINITOR 5 MG TABLET* (PA)   |
| everolimus* (PA, QL)            | CABOMETYX* (PA)     | AFINITOR 7.5 MG TABLET* (PA) |
| exemestane+ hydroxyurea         | CALQUENCE* (PA)     | ALUNBRIG* (PA, QL)           |
| imatinib* (QL)                  | ERIVEDGE* (PA)      | ARIMIDEX                     |
| lenalidomide* (PA, QL)          | ERLEADA* (PA)       | AROMASIN                     |
| letrozole                       | GLEOSTINE           | AYVAKIT* (PA, QL)            |
| mercaptopurine                  | IMBRUVICA* (PA, QL) | BOSULIF* (PA, QL)            |
|                                 | LYNPARZA* (PA, QL)  | BRAFTOVI* (PA)               |
|                                 | NUBEQA* (PA)        |                              |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## CÁNCER (cont.)

|                    |                     |                                  |
|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| methotrexate       | REVLIMID* (PA, QL)  | COMETRIQ* (PA, QL)               |
| tamoxifen+         | RUBRACA* (PA, QL)   | COTELLIC* (PA)                   |
| temozolomide* (PA) | SPRYCEL* (PA, QL)   | EXKIVITY* (PA)                   |
|                    | TREXALL             | GAVRETO* (PA, QL)                |
|                    | VENCLEXTA           | IBRANCE* (PA, QL)                |
|                    | STARTING PACK* (PA) | ICLUSIG* (PA, QL)                |
|                    | VENCLEXTA* (PA)     | INLYTA* (PA)                     |
|                    | VERZENIO* (PA, QL)  | JAKAFI* (PA, QL)                 |
|                    | XTANDI* (PA)        | KISQALI* (PA, QL)                |
|                    | ZEJULA* (PA, QL)    | KISQALI FEMARA CO-PACK* (PA, QL) |
|                    |                     | LUMAKRAS* (PA, QL)               |
|                    |                     | LENVIMA* (PA)                    |
|                    |                     | LONSURF* (PA)                    |
|                    |                     | LORBENA* (PA, QL)                |
|                    |                     | MEKINIST* (PA, QL)               |
|                    |                     | MEKTOVI* (PA, QL)                |
|                    |                     | NERLYNX* (PA)                    |
|                    |                     | NINLARO* (PA, QL)                |
|                    |                     | ODOMZO* (PA)                     |
|                    |                     | ORGOVYX* (PA)                    |
|                    |                     | PIQRAY* (PA)                     |
|                    |                     | POMALYST* (PA, QL)               |
|                    |                     | PURIXAN*                         |
|                    |                     | SCEMBLIX* (PA, QL)               |
|                    |                     | RETEVMO* (PA, QL)                |
|                    |                     | ROZLYTREK* (PA)                  |
|                    |                     | STIVARGA* (PA, QL)               |
|                    |                     | TAFINLAR* (PA, QL)               |
|                    |                     | TAGRISSE* (PA)                   |
|                    |                     | TALZENNA* (PA, QL)               |
|                    |                     | TASIGNA* (PA, QL)                |
|                    |                     | TIBSOVO* (PA)                    |
|                    |                     | TUKYSA* (PA)                     |
|                    |                     | VITRAKVI* (PA)                   |
|                    |                     | VIZIMPRO* (PA)                   |
|                    |                     | WELIREG* (PA, QL)                |
|                    |                     | XALKORI* (PA, QL)                |
|                    |                     | XATMEP                           |
|                    |                     | XELODA* (PA)                     |
|                    |                     | XOSPATA* (PA)                    |
|                    |                     | ZELBORAF* (PA)                   |



## Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

### MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$              | NIVEL 3<br>\$\$\$  |
|--|------------------------------|--|
| atorvastatin 10mg, 20mg tablet+<br>amlodipine-atorvastatin (QL)<br>colesevelam<br>ezetimibe<br>ezetimibe-simvastatin (QL)<br>fenofibrate<br>fenofibric acid<br>fluvastatin+<br>fluvastatin er+<br>icosapent ethyl<br>lovastatin 20mg, 40mg tablet+<br>omega-3 acid ethyl esters<br>pravastatin+<br>rosuvastatin 5mg, 10mg tablet+ (QL)<br>simvastatin 80mg (QL)<br>simvastatin 10mg, 20mg, 40mg+ | REPATHA (PA)<br>VASCEPA (PA) | CADUET (QL)<br>LIPOFEN (ST)<br>ROSZET<br>TRICOR (ST)<br>TRILIPIX (ST)<br>ZETIA |

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$  |
|--|-----------------|--|
| AFIRMELLE+<br>AFTERA+<br>ALTAVERA+<br>ALYACEN+<br>AMETHIA+<br>AMETHYST+<br>APRI+<br>ARANELLE+<br>ASHLYNA+<br>AUBRA+<br>AUBRA EQ+<br>AUROVELA+<br>AUROVELA FE+<br>AUROVELA 24 FE+<br>AVIANE+<br>AYUNA+<br>AZURETTE+<br>BALZIVA+<br>BLISOVI FE+<br>BLISOVI 24 FE+<br>BRIELLYN+<br>CAMILA+<br>CAMRESE+<br>CAMRESE LO+ | LO LOESTRIN FE  | ANNOVERA<br>BEYAZ<br>ELLA+<br>KYLEENA*+<br>LAYOLIS FE+<br>LILETTA*+<br>LOESTRIN FE<br>MINASTRIN 24 FE<br>MIRENA*+<br>NEXTSTELLIS<br>NUVARING<br>PARAGARDT 380-A*+<br>SAFYRAL<br>SKYLA*+<br>TYBLUME<br>VCF+<br>VCF<br>CONTRACEPTIVE FILM+<br>YASMIN 28<br>YAZ |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|--|-----------------|-------------------|
| CAYA<br>CONTOURED+<br>CAZIAN+<br>CHARLOTTE 24 FE+<br>CHATEAL+<br>CHATEAL EQ+<br>CRYSELLE+<br>CYRED+<br>CYRED EQ+<br>DASETTA+<br>DAYSEE+<br>DEBLITANE+<br>desogestrel-ethinyl estradiol+<br>desogestrel-ethinyl estradiol-ethinyl estradiol+<br>DOLISHALE+<br>drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate+<br>drospirenone-ethinyl estradiol+<br>ELINEST+<br>ELURYNG+<br>ENPRESSE+<br>ENSKYCE+<br>ERRIN+<br>ESTARYLLA+<br>ethynodiol-ethinyl estradiol+<br>etonogestrel-ethinyl estradiol+<br>FALMINA+<br>FEMCAP+<br>FEMYNOR+<br>GEMMILY+<br>HAILEY+<br>HAILEY FE+<br>HAILEY 24 FE+<br>HEATHER+<br>ICLEVIA+<br>INCASSIA+<br>ISIBLOOM+<br>JAIMIESS+<br>JASMIEL+<br>JENCYCLA+<br>JOLESSA+<br>JULEBER+ |                 |                   |

## Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

|  |  |  |
|--|--|--|
| JUNEL+   |  |  |
| JUNEL FE+  |  |  |
| JUNEL FE 24+   |  |  |
| KAITLIB FE+  |  |  |
| KALLIGA+   |  |  |
| KARIVA+  |  |  |
| KELNOR 1-35+   |  |  |
| KELNOR 1-50+   |  |  |
| KURVELO+   |  |  |
| LARIN+   |  |  |
| LARIN FE+  |  |  |
| LARIN 24 FE+   |  |  |
| LEENA+   |  |  |
| LESSINA+   |  |  |
| LEVONEST+  |  |  |
| levonorgestrel-<br>ethinyl estradiol+                    |  |  |
| LEVORA+  |  |  |
| LOJAIMIESS+  |  |  |
| LORYNA+  |  |  |
| LOW-OGESTREL+  |  |  |
| LO-<br>ZUMANDIMINE+                                      |  |  |
| LUTERA+  |  |  |
| LYLEQ+   |  |  |
| LYZA+  |  |  |
| MARLISSA+  |  |  |
| medroxy-<br>progesterone+                                |  |  |
| MERZEE+  |  |  |
| MICROGESTIN+   |  |  |
| microgestin 24 fe+                                       |  |  |
| MILI+  |  |  |
| MONO-LINYAH+   |  |  |
| NECON+   |  |  |
| NIKKI+   |  |  |
| NORA-BE+   |  |  |
| norethindrone+   |  |  |
| norethindrone-<br>ethinyl estradiol-<br>iron+            |  |  |
| norethindrone-<br>ethinyl estradiol+                     |  |  |
| norethindrone-<br>ethinyl estradiol-<br>ferrous fumarate |  |  |
| norgestimate-<br>ethinyl estradiol+                      |  |  |
| NORTREL+   |  |  |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| NYLIA+                       |  |  |
| NYMYO+                       |  |  |
| OCELLA+                      |  |  |
| PHILITH+                     |  |  |
| PIMTREA+                     |  |  |
| PIRMELLA+                    |  |  |
| PORTIA+                      |  |  |
| RECLIPSEN+                   |  |  |
| RIVELSA+                     |  |  |
| SETLAKIN+                    |  |  |
| SHAROBEL+                    |  |  |
| SIMLIYA+                     |  |  |
| SIMPESSE+                    |  |  |
| SPRINTEC+                    |  |  |
| SRONYX+                      |  |  |
| SYEDA+                       |  |  |
| TARINA FE+                   |  |  |
| TARINA FE 1-20<br>EQ+        |  |  |
| TARINA 24 FE+                |  |  |
| taysofy+                     |  |  |
| TILIA FE+                    |  |  |
| TRI FEMYNOR+                 |  |  |
| TRI-ESTARYLLA+               |  |  |
| TRI-LEGEST FE+               |  |  |
| TRI-LINYAH+                  |  |  |
| TRI-LO-<br>ESTARYLLA+        |  |  |
| TRI-LO-MARZIA+               |  |  |
| TRI-LO-MILI+                 |  |  |
| TRI-LO-SPRINTEC+             |  |  |
| TRI-MILI+                    |  |  |
| TRI-NYMYO+                   |  |  |
| TRI-SPRINTEC+                |  |  |
| TRIVORA+                     |  |  |
| TRI-VYLIBRA LO+              |  |  |
| TRI-VYLIBRA+                 |  |  |
| TULANA+                      |  |  |
| TYDEMY+                      |  |  |
| VCF<br>CONTRACEPTIVE<br>GEL+ |  |  |
| VELIVET+                     |  |  |
| VIENVA+                      |  |  |
| VESTURA+                     |  |  |
| VIORELE+                     |  |  |
| VOLNEA+                      |  |  |
| VYFEMLA+                     |  |  |
| VYLIBRA+                     |  |  |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

WERA+  
wide seal  
diaphragm+  
WYMZYA FE+  
XULANE+  
ZAFEMY+  
ZOVIA 1-35+  
ZUMANDIMINE+

## MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

brompheniramine-  
pseudoephedrine  
-dm  
hydrocodone-  
chlorpheniramine  
er (PA)  
promethazine-dm

HYCODAN (PA, QL)  
TUXARIN ER (PA,  
QL)  
TUZISTRA XR (PA,  
QL)

## PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine  
DENTA 5000 PLUS  
DENTAGEL  
doxycycline hyclate  
FLUORIDEX DAILY  
DEFENSE 1.1%  
ORALONE  
PERIOGARD  
SF 1.1% GEL  
SF 5000 PLUS  
sodium fluoride  
sodium fluoride  
5000 dry mouth  
sodium fluoride  
5000 plus  
triamcinolone  
acetoneide

CLINPRO 5000  
FLORIVA+^  
FLUORIDEX  
SENSITIVITY RELIEF  
JUST RIGHT 5000  
PERIDEX  
PREVIDENT 5000  
DRY MOUTH

## DIABETES

ACCU-CHEK  
FASTCLIX  
LANCING DEVICE  
ACCU-CHEK  
LANCETS  
ACCU-CHEK  
SMARTVIEW  
CONTRL  
SOLUTION

BAQSIMI (QL)  
BASAGLAR (QL)  
BYDUREON BCISE  
(PA, QL)  
BYETTA (PA, QL)  
DEXCOM G6 (PA,  
QL)  
FARXIGA (QL, ST)  
FREESTYLE LIBRE 2  
SENSOR (PA, QL)

ACCU-CHEK  
SMARTVIEW TEST  
STRIP  
CEQR  
CONTOUR NEXT  
TEST STRIP  
CONTOUR TEST  
STRIP  
CYCLOSET

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## DIABETES (cont.)

ACCU-CHEK  
SOFTCLIX  
ACCUTREND  
GLUCOSE  
CONTROL  
ASSURE ID INSULIN  
SAFETY  
AUTOSHIELD DUO  
SYRINGES  
BD INSULIN  
SYRINGE  
BD LANCETS  
BD PEN NEEDLE  
CARETOUCH  
INSULIN SYRINGE  
CEQR SIMPLICITY  
INSERTER  
COMFORT EZ  
INSULIN SYRINGE  
CONTOUR  
SOLUTION  
EASY COMFORT  
INSULIN SYRINGE  
EASY GLIDE  
INSULIN SYRINGE  
EASY TOUCH  
EASY TOUCH  
FLIPLOCK  
INSULIN, INSULIN  
SAFETY, INSULIN  
SYRINGE, LUER  
LOCK INSULIN,  
EASY TOUCH  
SHEATHLOCK  
INSULIN, UNI-SLIP  
glimepiride  
glipizide  
glipizide er  
glipizide xl  
GLUCOCARD  
EXPRESSION  
METER KIT (QL)  
GLUCOCARD  
EXPRESSION  
METER (QL)  
GLUCOCARD SHINE  
METER KIT (QL)

FREESTYLE LIBRE  
14 DAY SENSOR  
(PA, QL)  
FREESTYLE LIBRE  
READER (PA, QL)  
GLYXAMBI (QL, ST)  
HUMALOG (QL)  
HUMALOG  
100 UNIT/ML  
CARTRIDGE (QL)  
HUMALOG 100  
UNIT/ML VIAL (QL)  
HUMULIN (QL)  
HUMULIN R  
INSULIN LISPRO  
(QL)  
JANUMET (QL, ST)  
JANUMET XR (QL,  
ST)  
JANUVIA (QL, ST)  
JARDIANCE (QL, ST)  
LYUMJEV  
MOUNJARO (PA,QL)  
OMNIPOD DASH  
KITS, PODS (GEN  
3,4,5) (PA,QL)  
ONETOUCH ULTRA  
TEST STRIP  
ONETOUCH VERIO  
TEST STRIP  
OZEMPIC (PA, QL)  
RYBELSUS (PA, QL)  
SOLIQUA 100-33  
SYMLINPEN  
SYNJARDY (QL, ST)  
SYNJARDY XR (QL,  
ST)  
TRESIBA (QL)  
TRIJARDY XR (ST,  
QL)  
TRULICITY (PA, QL)  
V-GO 20  
V-GO 30  
V-GO 40  
XIGDUO XR (QL, ST)  
XULTOPHY  
ZEGALOGUE (QL)

GLUCOCARD  
EXPRESSION TEST  
STRIPS  
GLUCOCARD SHINE  
TEST STRIPS  
GLUCAGON  
EMERGENCY KIT  
(QL)  
KORLYM\* (PA)  
METFORMIN HCL  
625 MG TABLET  
PRECISION XTRA  
KETONE-GLUC KIT  
RIOMET  
ULTIGUARD SAFE  
1ML 30G 12.7MM  
ULTIGUARD  
SAFE0.3ML 30G  
12.7MM  
ULTIGUARD  
SAFEPACK 1ML  
31G 8MM  
ULTIGUARD  
SAFEPACK-  
INSULIN SYR  
ULTIGUARD SAFEPK  
0.3ML 31G 8MM

## Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$   | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---|-----------------|-------------------|
| <b>DIABETES (cont.)</b>   |                 |                   |
| GLUCOCARD SHINE<br>METER (QL)<br>GUARDIAN RT<br>CHARGER<br>GUARDIAN TEST<br>PLUG<br>HEALTHWISE<br>INSULIN SYRINGE<br>INPEN<br>INSULIN SYRINGE<br>INSULIN SYRINGE<br>U-500<br>LITE TOUCH<br>LITETOUCH<br>INSULIN SYRINGE<br>MAGELLAN<br>INSULIN SYRINGE,<br>SAFETY SYRINGE<br>MAXI-COMFORT<br>MAXICOMFORT II,<br>INSULIN SYRINGE<br>metformin<br>metformin er<br>metformin 500,<br>850, 1,000 mg<br>tablet<br>metformin 500<br>mg/5 ml soln<br>metformin 850<br>mg/8.5ml cup<br>MICROLET NEXT<br>LANCING DEVICE<br>MONOJECT<br>MONOJECT<br>INSULIN SYRINGE,<br>SAFETY SYRNG<br>MULTI-LANCET<br>PARADIGM<br>PRO COMFORT<br>INSULIN SYRINGE<br>PRODIGY INSULIN<br>SYRINGE<br>SAFETYGLIDE<br>SYRINGE, INSULIN<br>SYRINGE<br>SURE COMFORT<br>SURE COMFORT<br>INSULIN SYRINGE |                 |                   |

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$               | NIVEL 3<br>\$\$\$   |
|--|-------------------------------|---|
| <b>DIABETES (cont.)</b>  |                               |   |
| TOPCARE ULTRA<br>COMFORT<br>TRUE COMFORT<br>INSULIN SYRINGE<br>TRUE COMFORT<br>PRO INS SYRINGE<br>TRUE METRIX<br>CONTROL<br>SOULTION<br>TRUEPLUS SYRINGE<br>ULTICARE<br>ULTICARE INSULIN<br>SYRINGE<br>ULTRA-FINE MICRO<br>PEN NEEDLE<br>VEO INSULIN<br>SYRINGE<br>ULTIGUARD<br>SAFE0.5ML 30G<br>12.7MM<br>ULTIGUARD<br>SAFEPACK-<br>INSULIN SYR<br>ULTIGUARD SAFEPK<br>0.5ML 31G 8MM<br>ULTRA COMFORT<br>ULTRA FLO INSULIN<br>SYRINGE<br>ULTRACARE<br>INSULIN SYRINGE<br>ULTRA-THIN II<br>VANISHPOINT<br>VANISHPOINT<br>INSULIN SYRINGE |                               |   |
| <b>DIURÉTICOS</b>  |                               |   |
| acetazolamide<br>tablet<br>acetazolamide er<br>capsule<br>bumetanide tablet<br>chlorthalidone<br>eplerenone<br>furosemide<br>solution, tablet<br>hydrochloro-<br>thiazide<br>spironolactone<br>triamterene-hctz  | CAROSPIR<br>KERENDIA (PA, QL) | DIURIL<br>TRIAMTERENE-<br>HCTZ<br>DIURIL<br>JYNARQUE* (PA)<br>MAXZIDE |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

|  |  |  |
|--|--|--|
| ciprofloxacín-dexametasona<br>neomicina-polimixina<br>b-hidroocortisona<br>ofloxacín |  | CIPRODEX<br>CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONA<br>CIPRO HC<br>CORTISPORIN-TC<br>DERMOTIC<br>OTOVEL |
|--|--|--|

## DISFUNCIÓN ERÉCTIL

|   |  |   |
|---|--|---|
| sildenafil^ (QL)<br>tadalafil^ (QL)<br>vardenafil^ (QL) |  | CIALIS^ (QL, ST)<br>STENDRA^ (QL, ST)<br>VIAGRA^ (QL, ST) |
|---|--|---|

## CONDICIONES OCULARES

|   |   |   |
|---|---|---|
| bepotastina^<br>bimatoprost (QL)<br>brimonidina<br>brimonidina<br>tartrato-timolol<br>brinzolamida<br>ciprofloxacín<br>ciclosporina<br>difluprednato<br>dorzolamida-timolol<br>eritromicina<br>florometolona<br>ketorolaco<br>latanoprost<br>loteprednol<br>moxifloxacín ojo<br>gotas<br>neomicina-polimixina<br>b-dexametasona<br>ofloxacín<br>polimixina<br>b sulfato-trimetoprim<br>prednisolona<br>timolol<br>tobramicina<br>tobramicina-dexametasona<br>travoprost | AZASITE<br>BESIVANCE<br>BETOPTIC S<br>BROMSITE<br>CEQUA<br>EYSUVIS (QL)<br>FLAREX<br>INVELTYS<br>LOTEMAX 0.5% OJO<br>OINTMENT<br>LOTEMAX SM<br>SIMBRINZA<br>TOBRADEX ST<br>XIIDRA | ACUVAIL<br>ALREX<br>BESIVANCE<br>CYSTADROPS* (PA, QL)<br>CYSTARAN* (PA, QL)<br>FML LIQUIFILM 0.1% OJO<br>DROPA<br>FML S.O.P. 0.1% OINTMENT<br>ILEVRO<br>NEVANAC<br>OXERVATE* (PA)<br>PROLENSA<br>RHOPRESSA<br>ROCKLATAN<br>TOBRADEX<br>TIMOPTIC<br>OCUDOSE<br>ZIRGAN<br>ZYLET |
|---|---|---|

## PRODUCTOS FEMENINOS

|  |  |  |
|--|--|--|
| GYNAZOLE 1<br>miconazol 3 200 mg<br>terconazol |  |  |
|--|--|--|

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

|  |   |  |
|--|---|--|
| ANUCORT-HC<br>balsalazida<br>cinacalcet*<br>constulosa<br>dexlansoprazolo<br>dr^ (QL)<br>dicyclomina<br>cápsula, solución, tableta<br>dronabinol<br>esomeprazolo<br>20 mg cápsula, 40 mg cápsula, paquetes^ (QL)<br>famotidina<br>40 mg/5 ml suspensión<br>GAVILYTE-C+<br>GAVILYTE-G+<br>GENTLE LAXATIVO<br>TABLET+<br>glicopyrrolato<br>HEMMOREX-HC<br>hidrocortisona<br>lactulosa<br>lansoprazolo^ (QL)<br>lubiprostona<br>mesalamina<br>mesalamina dr<br>mesalamina er<br>metoclopramida<br>solución, tableta<br>misoprostol<br>omeprazolo^ (QL)<br>ondansetron<br>ondansetron odt<br>pantoprazolo ^ (QL)<br>peg 3350-electrolito+<br>peg3350-sodio sulfato-sodio cloruro-potasio cloruro-sodio ascorbato-ácido ascórbico+<br>PEG-PREP+<br>proclorperazina<br>tableta | CLENPIQ+<br>LINZESS<br>NEXIUM DR 2.5 MG PACKET (QL)<br>NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL)<br>PANCREAZE<br>SUTAB+<br>TRULANCE<br>VIBERZI | APRISO<br>BONJESTA<br>CANASA<br>CARAFATE<br>CHOLBAM* (PA)<br>CUVPOSA<br>CYTOTEC<br>DICLEGIS<br>LEVBIID ER<br>LEVSIN 0.125 MG TABLET<br>LEVSIN-SL<br>LITHOSTAT<br>MOTOFEN<br>MOVANTIK (PA)<br>NEXIUM DR 10 MG PACKET (QL)<br>NEXIUM DR 20 MG CÁPSULA (QL)<br>NEXIUM DR 20 MG PACKET (QL)<br>NEXIUM DR 40 MG CÁPSULA (QL)<br>NEXIUM DR 40 MG PACKET (QL)<br>NULEV<br>OCALIVA* (PA)<br>RAVICTI* (PA)<br>RECTIV<br>RELISTOR (PA)<br>SALIVAMAX<br>SANCUSO (PA, QL)<br>SFROWASA<br>SUCRAID* (PA)<br>SYMPROIC (PA)<br>TRANSDERM-SCOP<br>URSO<br>URSO FORTE<br>VARUBI (PA, QL)<br>VIOKACE<br>XERMELO* (PA) |
|--|---|--|

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| promethazine                |  |  |
| promethegan                 |  |  |
| rabeprazole tablet^<br>(QL) |  |  |
| scopolamine                 |  |  |
| sucralfate                  |  |  |

## AGENTES HORMONALES

|                                     |                                   |                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| AMABELZ                             | COMBIPATCH                        | ACTIVELLA               |
| budesonide dr                       | DUAVEE                            | ANDRODERM (PA,<br>QL)   |
| budesonide ec                       | ESTRING (QL)                      | ANDROGEL (PA, QL)       |
| budesonide er (PA,<br>QL)           | ESTROGEL                          | ANGELIQ                 |
| CABERGOLINE (QL)                    | FORTEO* (PA, QL)                  | AYGESTIN                |
| DECADRON                            | MYFEMBREE (PA,<br>QL)             | BIJUVA                  |
| desmopressin                        | ORIAHNN (PA, QL)                  | BYNFEZIA* (PA)          |
| dexamethasone<br>intensol           | ORILISSA (PA, QL)                 | CRINONE 4% (PA)         |
| DOTTI (QL)                          | PREMARIN TABLET,<br>VAGINAL CREAM | CYTOMEL                 |
| estradiol (QL)                      | APPLICATOR                        | DEPO-<br>TESTOSTERONE   |
| fyremadel^ (PA)                     | PREMPHASE                         | EMFLAZA* (PA)           |
| LEVOXYL                             | PREMPRO                           | ESTRACE EVAMIST         |
| millipred                           |                                   | INTRAROSA (QL)          |
| prednisolone                        |                                   | ISTURISA* (PA, QL)      |
| prednisolone odt                    |                                   | LUPANETA PACK*^<br>(PA) |
| prednisolone<br>sodium<br>phosphate |                                   | MEDROL                  |
|                                     |                                   | MENOSTAR (QL)           |
|                                     |                                   | MYFEMBREE<br>(QL)       |
|                                     |                                   | OSPHENA (QL)            |
|                                     |                                   | PROMETRIUM              |
|                                     |                                   | RAYALDEE                |
|                                     |                                   | UNITHROID               |

## INFECCIONES

|  |                        |                               |
|--|------------------------|-------------------------------|
| acyclovir capsule,<br>suspension, tablet | BARACLUDE<br>SOLUTION* | AEMCOLO (QL)                  |
| albendazole                              | BAXDELA 300 MG<br>VIAL | ALINIA                        |
| amoxicillin                              |                        | ANCOBON                       |
| amoxicillin-<br>clavulanate er           | EPCLUSA* (PA, QL)      | ARIKAYCE* (PA)                |
| amoxicillin-<br>clavulanate              | EURAX 10% CREAM        | BACTRIM                       |
| atovaquone                               | FIRVANQ                | BACTRIM DS                    |
| atovaquone-<br>proguanil                 | HARVONI* (PA, QL)      | BAXDELA 450 MG<br>TABLET (PA) |
| AVIDOXY                                  | LAGEVRIO (EUA)<br>(QL) | CAYSTON* (PA, QL)             |
|  | MOLNUPIRAVIR<br>(QL)   | CIPRO                         |
|  |                        | CLEOCIN PEDIATRIC             |
|  |                        | DARAPRIM* (PA)                |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## INFECCIONES (cont.)

|   |                           |                                     |
|---|---------------------------|-------------------------------------|
| azithromycin<br>packet,<br>suspension,<br>tablets | NUZYRA VIAL               | DIFICID* (PA, QL)                   |
| cefadroxil  | PAXLOVID (QL)             | E.E.S. 400                          |
| cefdinir  | SIVEXTRO VIAL             | ELIMITE                             |
| cefepodoxime                                      | SOVALDI* (PA, QL)         | ERYPED 200                          |
| cefuroxime tablets                                | THALOMID* (PA)            | ERY-TAB DR                          |
| cephalexin  | TOBI PODHALER*<br>(PA,QL) | EURAX 10% LOTION                    |
| ciprofloxacin                                     | VEMLIDY*                  | FLAGYL                              |
| clarithromycin                                    | VOSEVI* (PA,QL)           | HIPREX                              |
| clarithromycin er                                 | XIFAXAN (QL)              | KITABIS PAK* (PA,<br>QL)            |
| clindamycin                                       |                           | LIVTENCITY*<br>(PA,QL)              |
| clindamycin<br>(pediatric)                        |                           | MACROBID                            |
| coremino (QL)                                     |                           | MACRODANTIN                         |
| dapsone   |                           | MALARONE (PA)                       |
| doxycycline<br>monohydrate                        |                           | MONUROL                             |
| EMVERM  |                           | NATROBA                             |
| entecavir* (QL)                                   |                           | NUZYRA TABLET*<br>(PA, QL)          |
| erythromycin                                      |                           | PLAQUENIL (PA)                      |
| erythromycin<br>ethylsuccinate                    |                           | POSACONAZOLE<br>SUSPENSION          |
| famciclovir                                       |                           | PREVMIS TABLET*                     |
| fluconazole                                       |                           | PRIFTIN                             |
| flucytosine                                       |                           | SIVEXTRO TABLET<br>(PA)             |
| fosfomicin  |                           | SKLICE                              |
| hydroxychlor-<br>oquine                           |                           | SULFATRIM                           |
| levofloxacin<br>solution, tablet                  |                           | TAMIFLU (QL)                        |
| methenamine                                       |                           | URIBEL                              |
| metronidazole gel,<br>capsule, tablet             |                           | VALTREX                             |
| minocycline                                       |                           | VFEND<br>SUSPENSION,<br>TABLET (PA) |
| minocycline er<br>tablet (QL)                     |                           | VIEKIRA PAK*<br>(PA,QL)             |
| mondoxylene nl                                    |                           | XENLETA 600MG<br>TABLET (PA, QL)    |
| nitazoxanide                                      |                           | XOFLUZA (QL)                        |
| nitrofurantoin                                    |                           | ZEPATIER* (PA,QL)                   |
| nitrofurantoin<br>monohydrate-<br>macrocrystal    |                           | ZITHROMAX                           |
| nystatin  |                           | ZITHROMAX TRI-<br>PAK               |
| suspension, tablet                                |                           |                                     |
| oseltamivir (QL)                                  |                           |                                     |



# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## INFECCIONES (cont.)

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| penicillin v potassium<br>permethrin 5% cream<br>posaconazole tablet<br>sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet<br>terbinafine<br>tetracycline<br>tobramycin ampule* (PA, QL)<br>valacyclovir<br>valganciclovir<br>vancomycin capsule, solution<br>vandazole<br>voriconazole suspension, tablet (PA) |  | ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA) |
|---|--|-------------------------------|

## INFERTILIDAD

|              |                              |  |
|--------------|------------------------------|--|
| clomiphene ^ | ENDOMETRIN^<br>PREGNYL^ (PA) | CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL*^ (PA)<br>CRINONE 8% GEL^ (PA) |
|--------------|------------------------------|--|

## VARIOS

|  |  |  |
|--|--|--|
| ACCU-CHEK<br>AIMSCO+ (QL)<br>CONDOMS+ (QL)<br>deferiprone 500mg* (PA)<br>disulfiram<br>DROPLET LANCETS<br>DUREX AVANTI<br>BARE REAL FEEL+ (QL)<br>FANTASY+ (QL)<br>FORA GTEL KETONE TEST STRIP<br>GOJJI BLOOD<br>KETONE TEST STRIP | ACE AEROSOL CLOUD<br>ENHANCER (QL)<br>AEROCHAMBER MINI (QL)<br>AEROCHAMBER MV (QL)<br>AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL)<br>AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL)<br>AEROTRACH PLUS (QL)<br>AEROVENT PLUS (QL) | ADDYI^ (PA, QL)<br>AUSTEDO* (PA)<br>EVRYSDI* (PA)<br>HYPER-SAL<br>INGREZZA* (PA)<br>INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL)<br>GALAFOLD* (PA)<br>NUEDEXTA (QL)<br>ORFADIN* (PA)<br>PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL)<br>RADICAVA ORS* (PA,QL) |
|--|--|--|

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## VARIOS (cont.)

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| KETONE CARE TEST STRIP<br>KETONE TEST STRIP<br>KETOSTIX REAGENT<br>KIMONO MAXX+ (QL)<br>KIMONO<br>MICROTHIN AQUA LUBE+ (QL)<br>KIMONO<br>MICROTHIN+ (QL)<br>KIMONO<br>TEXTURED+ (QL)<br>KIMONO+ (QL)<br>MICROLET<br>NOVAMAX PLUS<br>ONETOUCH LANCETS<br>POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE<br>PRECISION XTRA<br>sapropterin* (PA)<br>sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial<br>TECHLITE LANCETS<br>TRUEPLUS KETONE TEST STRIP<br>TRUSTEX<br>CONDOM+ (QL)<br>TRUSTEX LATEX<br>CONDOM+ (QL)<br>TRUSTEX+ (QL)<br>TRUSTEX-RIA+ (QL) | BREATHRITE (QL)<br>CERDELGA* (PA)<br>CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL)<br>COMPACT SPACE CHAMBER (QL)<br>EASIVENT (QL)<br>FLEXICHAMBER (QL)<br>MICROCHAMBER (QL)<br>MICROSPACER (QL)<br>NITYR* (PA)<br>OPTICHAMBER DIAMOND (QL)<br>POCKET CHAMBER (QL)<br>PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL)<br>RITEFLO (QL)<br>SPACE CHAMBER (QL)<br>SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK (QL)<br>SPACE CHAMBER-SMALL MASK (QL)<br>STRENSIQ* (PA)<br>VORTEX (QL) | TIGLUTIK* (PA)<br>VYNDAMAX* (PA, QL) |
|--|---|--------------------------------------|

## ESCLEROSIS MÚLTIPLE

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| dalfampridine er* (PA)<br>dimethyl fumarate* | BAFIERTAM* (PA)<br>MAYZENT* (PA)<br>PONVORY* (PA)<br>VUMERITY* (PA)<br>ZEPOSIA* (PA) | FIRDAPSE* (PA,QL)<br>MAVENCLAD* (PA) |
|--|--|--------------------------------------|

## NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

|   |   |   |
|---|---|---|
| betaine anhydrous*<br>calcitriol capsule, solution^<br>cyanocobalamin | DRISDOL^<br>FLORIVA CHEWABLE<br>TABLET+ | ACCRUFER^<br>AURYXIA (QL)<br>CITRANATAL 90<br>DHA |
|---|---|---|

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

|   |                            |                 |
|---|----------------------------|-----------------|
| cyanocobalamin injection                        | LOKELMA                    | CITRANATAL      |
| dodex   | NEEVO DHA^                 | ASSURE          |
| fluoride+^                                      | OB COMPLETE                | CITRANATAL      |
| folic acid 1mg tablet^                          | PREMIER                    | B-CALM          |
| folic acid capsule, tablet+                     | OB COMPLETE                | CITRANATAL      |
| folitab 500+                                    | PREMIER                    | BLOOM TABLET^   |
| klor-con  | POLY-VI-FLOR WITH IRON+    | CITRANATAL DHA  |
| KLOR-CON 8 MEQ TABLET                           | POLY-VI-FLOR+              | CITRANATAL      |
| KLOR-CON 10 MEQ TABLET                          | PRENATE^                   | HARMONY         |
| lanthanum carbonate                             | QUFLORA                    | DRISDOL^        |
| potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet | PEDIATRIC 1                | K-TAB ER        |
| sevelamer                                       | MG CHEWABLE                | MULTI-VIT-FLOR+ |
| taron-prex prenatal^                            | TABLET+                    | OB COMPLETE^    |
| vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^               | QUFLORA                    | PHOSLYRA        |
| VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+                    | PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+ | PRENATE         |
|   | QUFLORA                    | PRIMACARE       |
|   | PEDIATRIC 0.5 MG/ML DROP+  | ROCALTROL^      |
|   | TRI-VI-FLOR+               |                 |
|   | VELPHORO                   |                 |
|   | VELTASSA                   |                 |

## PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

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

## ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

|  |                     |                           |
|--|---------------------|---------------------------|
| acetaminophen-codeine (PA)             | AIMOVIG (PA)        | ARAVA                     |
| allopurinol tablet                     | AJOVY (PA)          | BUTRANS (QL)              |
| baclofen tablet                        | BELBUCA (QL)        | CELEBREX (QL, ST)         |
| buprenorphine patch (QL)               | EMGALITY (PA)       | COLCHICINE 0.6 MG CAPSULE |
| butalbital-acetaminophen-caffeine (QL) | HYSINGLA ER (PA)    | DEPEN* (PA,QL)            |
| carisoprodol                           | MITIGARE            | EC-NAPROSYN (ST)          |
| CELECOXIB (QL)                         | HYSINGLA ER (PA)    | FEXMID                    |
| colchicine                             | MITIGARE            | MITIGARE                  |
| colchicine 0.6 mg tablet               | NURTEC ODT (PA, QL) | NALPRAM HC                |
|  | NURTEC ODT (PA, QL) | NAPROSYN (ST)             |
|  | ORENCIA 250 MG VIAL | NUCYNTA (PA)              |
|  |                     | NUCYNTA ER (PA)           |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

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

|  |                      |                    |
|--|----------------------|--------------------|
| cyclobenzaprine                          | OTEZLA* (PA, QL)     | OLUMIANT* (PA, QL) |
| diclofenac 1% gel, tablet (QL)           | OTREXUP (PA)         | OXAYDO (PA)        |
| diclofenac dr                            | QULIPTA (PA,QL)      | PERCOCET (PA)      |
| diclofenac ec                            | REDITREX (PA)        | PROCORT            |
| EC-NAPROXEN                              | RINVOQ* (PA, QL)     | PROCTOFOAM-HC      |
| ECOTRIN EC 81 MG TABLET+                 | REDITREX (PA)        | RASUVO (PA)        |
| eletriptan (QL)                          | RINVOQ* (PA, QL)     | ROXYBOND (PA)      |
| ENDOCET (PA)                             | TRUDHESA (PA, QL)    | SAVELLA            |
| febuxostat (QL)                          | UBRELVY (PA, QL)     | ZANAFLEX           |
| fentanyl patch (PA)                      | XELJANZ* (PA, QL)    | ZEBUTAL (QL)       |
| FROVATRIPTAN (QL)                        | XELJANZ XR* (PA, QL) | ZOHYDRO ER (PA)    |
| GLYDO                                    | XTAMPZA ER (PA)      |                    |
| hydrocodone-acetaminophen (PA)           | ZTLIDO               |                    |
| hydromorphone (PA)                       |                      |                    |
| hydromorphone er (PA)                    |                      |                    |
| IBU                                      |                      |                    |
| ibuprofen                                |                      |                    |
| indomethacin                             |                      |                    |
| indomethacin er                          |                      |                    |
| ketorolac                                |                      |                    |
| tromethamine (QL)                        |                      |                    |
| leflunomide                              |                      |                    |
| lidocaine patch, ointment, solution (QL) |                      |                    |
| lidocaine 5% ointment/patch (QL)         |                      |                    |
| lidocaine-prilocaine                     |                      |                    |
| lidocaine viscous (QL)                   |                      |                    |
| meloxicam tablet                         |                      |                    |
| metaxalone                               |                      |                    |
| morphine (PA)                            |                      |                    |
| morphine er (PA)                         |                      |                    |
| nabumetone                               |                      |                    |
| NALOCET (PA)                             |                      |                    |
| oxycodone (PA)                           |                      |                    |
| oxycodone er (PA)                        |                      |                    |
| oxycodone-acetaminophen (PA)             |                      |                    |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| penicillamine* (PA, QL)<br>PROLATE TABLET (PA)<br>rizatriptan (QL)<br>sumatriptan (QL)<br>sumatriptan succinaproxen sod (QL)<br>tramadol 50 mg tablet (QL)<br>tramadol er (QL)<br>VANADOM |  |  |
|---|--|--|

## ENFERMEDAD DE PARKINSON

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| benztropine tablet<br>carbidopa-levodopa<br>carbidopa-levodopa er<br>pramipexole<br>pramipexole er (QL)<br>RASAGILINE (QL)<br>ROPINIROLE ER<br>ROPINIROLE | KYNMOBI (PA) | AZILECT (QL)<br>DUOPA*<br>INBRIJA* (PA)<br>MIRAPEX ER (QL)<br>NEUPRO<br>NOURIANZ* (PA, QL)<br>OSMOLEX ER (QL)<br>RYTARY<br>SINEMET 10-100<br>SINEMET 25-100<br>XADAGO (ST) |
|---|--------------|--|

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

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| aripiprazole (QL)<br>aripiprazole odt<br>asenapine<br>chlorpromazine tablet<br>clozapine<br>clozapine odt<br>olanzapine tablet<br>olanzapine odt<br>paliperidone er (QL)<br>quetiapine | LATUDA (QL)<br>REXULTI (QL, ST) | CAPLYTA (QL,ST)<br>CLOZARIL (ST)<br>FANAPT (QL, ST)<br>INVEGA (QL, ST)<br>RISPERDAL (ST)<br>SAPHRIS (ST)<br>SECUADO (ST)<br>SEROQUEL (ST)<br>SEROQUEL XR (ST)<br>VRAYLAR (QL, ST) |
|--|---------------------------------|---|

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS<sup>2</sup> (cont.)

|   |  |  |
|---|--|--|
| quetiapine er<br>risperidone<br>risperidone odt<br>ziprasidone tablet |  |  |
|---|--|--|

## TRASTORNOS CONVULSIVOS

|  |   |  |
|--|---|--|
| carbamazepine<br>carbamazepine er<br>clonazepam<br>divalproex<br>divalproex er<br>EPITOL<br>gabapentin<br>lacosamide<br>lamotrigine<br>lamotrigine (blue, green, orange)<br>lamotrigine er<br>lamotrigine odt<br>lamotrigine odt (blue, green, orange)<br>levetiracetam solution, tablet<br>levetiracetam er<br>oxcarbazepine<br>pregabalin capsule, solution<br>ROWEEPR<br>rufinamide (PA,QL)<br>SUBVENITE<br>SUBVENITE (BLUE, GREEN, ORANGE)<br>topiramate<br>topiramate er<br>vigabatrin*<br>vigadrone*<br>ACCUTANE<br>adapalene-benzoyl peroxide<br>AMNESTEEM<br>AVAR CLEANSER<br>azelaic acid<br>AVAR CLEANSER<br>azelaic acid<br>betamethasone augmented | BRIVIACT VIAL (PA)<br>FYCOMPA (PA, QL)<br>NAYZILAM (PA, QL) | APTIOM (PA, QL)<br>BANZEL (PA, QL)<br>BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)<br>CARBATROL (PA)<br>DEPAKOTE (PA)<br>DEPAKOTE ER (PA)<br>DEPAKOTE SPRINKLE (PA)<br>DIASTAT (PA)<br>EPIDIOLEX* (PA)<br>FINTEPLA* (PA)<br>KLONOPIN (PA)<br>LYRICA ORAL SOLUTION (PA)<br>NEURONTIN (PA)<br>OXTELLAR XR (PA)<br>PHENYTEK (PA)<br>SPRITAM (PA)<br>TEGRETOL (PA)<br>TEGRETOL XR (PA)<br>VALTOCO (PA, QL)<br>XCOPRI (PA, QL)<br>ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION<br>AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS<br>BRYHALI (ST)<br>calcipotriene foam<br>CAPEX SHAMPOO (ST)<br>CLEOCIN T<br>CLINDACIN ETZ KIT<br>CLINDACIN PAC KIT<br>CLODERM (ST)<br>DESOWEN (ST)<br>DRYSOL<br>EFUDEX<br>EVOCLIN<br>NAFTIN |
|--|---|--|

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

|   |  |   |
|---|--|---|
| betamethasone dipropionate              |  | OPZELURA (PA)                                   |
| betamethasone diprop augmented BP 10-1  |  | PICATO  |
| calcipotriene cream, ointment, solution |  | PLEXION CLEANER, CLEANSING CLOTH, CREAM, LOTION |
|   |  | PRAMOSONE                                       |
|   |  | REGRANEX (PA,QL)                                |
|   |  | SANTYL (QL)                                     |

## CONDICIONES CUTÁNEAS

|   |                  |                                |
|---|------------------|--------------------------------|
| calcipotriene- betamethasone CLARAVIS               | CIBINQO* (PA,QL) | TEMOVATE (ST)                  |
| CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET                            | EUCRISA (ST)     | TWYNEO                         |
| clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution |                  | VALCHLOR*                      |
| clindamycin- benzoyl peroxide                       |                  | XENLETA 600 MG TABLET (PA, QL) |
| clindamycin- tretinoin                              |                  | XEPI                           |
| CLOCORTOLONE PIVALATE                               |                  |                                |
| clobetasol  |                  |                                |
| CLODAN  |                  |                                |
| clotrimazole- betamethasone                         |                  |                                |
| dapsone gel   |                  |                                |
| DROPSAFE PREP PADS                                  |                  |                                |
| fluorouracil cream, topical solution                |                  |                                |
| isotretinoin  |                  |                                |
| ketoconazole  |                  |                                |
| KETODAN   |                  |                                |
| metronidazole                                       |                  |                                |
| MYORISAN  |                  |                                |
| NEUAC GEL   |                  |                                |
| pimecrolimus  |                  |                                |
| ROSADAN   |                  |                                |
| sodium sulfacetamide- sulfur                        |                  |                                |
| SSS 10-5  |                  |                                |
| SULFACLEANSE 8-4                                    |                  |                                |
| tacrolimus ointment                                 |                  |                                |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| tazarotene 0.1% cream |  |  |
| TRETINOIN (PA)        |  |  |
| TRIDERM               |  |  |
| ZENATANE              |  |  |

## TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

|                           |                  |                  |
|---------------------------|------------------|------------------|
| armodafinil (PA)          | DAYVIGO (QL, ST) | HETLIOZ LQ* (PA) |
| doxepin (QL)              | SUNOSI (PA, QL)  | HETLIOZ* (PA)    |
| eszopiclone               |                  | WAKIX* (PA, QL)  |
| MODAFINIL (PA)            |                  | XYREM* (PA,QL)   |
| temazepam                 |                  | XYWAV* (PA,QL)   |
| zolpidem                  |                  |                  |
| zolpidem tartrate er (QL) |                  |                  |

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

|                              |  |                         |
|------------------------------|--|-------------------------|
| bupropion sr 150 mg tablet+^ |  | APO-VARENICLINE TABLET^ |
|                              |  | NICODERM CQ+            |

## ABUSO DE SUSTANCIAS

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

## MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

|                            |  |                                   |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| everolimus 0.25 mg tablet* |  | ASTAGRAF XL*                      |
| everolimus 0.5 mg tablet*  |  | CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET* |
| mycophenolate mofetil*     |  | ENVARBUS XR*                      |
| mycophenolic acid*         |  | IMURAN*                           |
| sirolimus*                 |  | MYFORTIC*                         |
| tacrolimus capsule*        |  | NEORAL*                           |
|                            |  | PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET*    |
|                            |  | PROGRAF 0.5 MG CAPSULE*           |
|                            |  | PROGRAF 1 MG CAPSULE*             |
|                            |  | PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET*      |
|                            |  | PROGRAF 5 MG CAPSULE*             |
|                            |  | RAPAMUNE*                         |
|                            |  | REZUROCK* (PA)                    |
|                            |  | ZORTRESS*                         |

# Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## CONDICIONES URINARIAS

| NIVEL 1<br>\$  | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$  |
|--|-----------------|--|
| alfuzosin er<br>cevimeline<br>finasteride<br>oxybutynin<br>oxybutynin er<br>phenazopyridine<br>potassium er<br>silodosin (QL)<br>solifenacin (QL)<br>tamsulosin<br>tolterodine<br>tolterodine er (QL)<br>trospium<br>trospium er | CYSTAGON        | ELMIRON<br>FLOMAX<br>K-PHOS ORIGINAL<br>PROSCAR<br>PYRIDIUM<br>RAPAFLO (QL)<br>UROCIT-K<br>UROXATRAL |

## 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.

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$  | NIVEL 3<br>\$\$\$               |
|---------------|--|---------------------------------|
|               | BEXSERO+<br>BOOSTRIX TDAP+<br>COMIRNATY+<br>DAPTACEL DTAP+<br>DENG VAXIA+<br>DIPHThERIA-<br>TETANUS<br>TOXOIDS-PED+<br>GARDASIL 9+<br>HEPLISAV-B+<br>HIBERIX+<br>INFANRIX DTAP+<br>IPOL+<br>JANSSEN COVID-19<br>VACCINE (EUA)+<br>KINRIX+<br>MENACTRA+<br>JMENQUADFI+<br>MENVEO A-C-Y-W-<br>135-DIP+<br>M-M-R II VACCINE+<br>MODERNA<br>COVID-19<br>BOOSTER (EUA)+<br>MODERNA COVID<br>(12Y UP) VAC<br>(EUA)+<br>MODERNA COVID<br>(6M-5Y) VACC<br>(EUA)+ | QUADRACEL DTAP-<br>IPV SYRINGE+ |

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$ | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
|---------------|-----------------|-------------------|

## VACUNAS (cont.)

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

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$  | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|--|-------------------|
|               | NOVAVAX<br>COVID-19<br>VACC,ADJ (EUA)+<br>PEDIARIX+<br>PEDVAXHIB+<br>PENTACEL+<br>PFIZER COVID (12Y<br>UP) VAC(EUA)+<br>PFIZER COVID (5-<br>11Y) VAC (EUA)+<br>PFIZER COVID (6M-<br>4Y) VACC(EUA)+<br>PFIZER COVID-19<br>VACCINE (EUA)+<br>PNEUMOVAX 23+<br>PREHEVBRI0+<br>PREVNAR 13+<br>PREVNAR 20+<br>PROQUAD+<br>QUADRACEL DTAP-<br>IPV VIAL+<br>RECOMBIVAX HB+<br>SHINGRIX+ (QL)<br>SPIKEVAX COVID<br>(18Y UP) VACC+<br>TDVAX+<br>TENIVAC+<br>TRUMENBA+<br>TWINRIX+<br>VARIVAX VACCINE+<br>VAXELIS+<br>VAXNEUVANCE+ |                   |

## VITAMINAS

| NIVEL 1<br>\$ | NIVEL 2<br>\$\$                             | NIVEL 3<br>\$\$\$ |
|---------------|---|-------------------|
|               | POLY-VI-FLOR+<br>POLY-VI-FLOR WITH<br>IRON+ |                   |

## CONTROL DEL PESO

| NIVEL 1<br>\$                            | NIVEL 2<br>\$\$  | NIVEL 3<br>\$\$\$  |
|--|------------------|--|
| megestrol<br>suspension<br>phentermine ^ | WEGOVY^ (PA, QL) | CONTRACE^ (PA)<br>IMCIVREE^ (PA,QL)<br>QSYMIA^ (PA)<br>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 |
| ARANESP^ (PA)                       | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos |
| ARCALYST (PA)                       | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria         |
| AVONEX (PA)                         | Esclerosis múltiple                                |
| AVSOLA^ (PA)                        | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria         |
| BENLYSTA AUTO-INJECTOR SYRINGE (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)                    |  |
| 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                                 |
| FOLLISTIM AQ^ (PA)                  | Infertilidad                                       |
| FRAGMIN* (QL)                       | Diluyentes de la sangre/anticoagulantes            |



## Medicamentos de especialidad inyectables (cont.)

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO        | CLASE DE MEDICAMENTO                                  |
|-------------------------------|---|
| 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                                   |
| GONAL-F*^ (PA)                | Infertilidad  |
| GRANIX^ (PA)                  | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| HADLIMA/HADLIMA (CF) (PA, QL) | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria            |
| HAEGARDA (PA)                 | Medicamentos para la presión arterial/para el corazón |
| HEMLIBRA (PA)                 | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| 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 (PA)                 | Esclerosis múltiple                                   |
| KEVZARA (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^ (PA)              | Agentes hormonales                                    |
| MAVYRET*                      | Infecciones   |
| 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    |
| NINLARO (PA,QL)               | Cáncer  |
| NIVESTYM^ (PA)                | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| NOVAREL*^ (PA)                | Infertilidad  |
| NOVOEIGHT^ (PA)               | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |

## Medicamentos de especialidad inyectables (cont.)

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                    | CLASE DE MEDICAMENTO                                  |
|---|---|
| NUCALA (PA)                               | Asma/EPOC/condiciones respiratorias                   |
| NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE (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 (PA, QL)                          | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria            |
| OTEZLA*                                   | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria            |
| OVIDREL^ (PA)                             | Infertilidad  |
| PALYNZIQ (PA)                             | Varios  |
| PEGASYS (PA)                              | Infecciones   |
| PHESGO^ (PA)                              | Cáncer  |
| PLEGRIDY (PA)                             | Esclerosis múltiple                                   |
| PROCRIT^ (PA)                             | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| REBIF (PA)                                | Esclerosis múltiple                                   |
| REBIF REBIDOSE (PA)                       | Esclerosis múltiple                                   |
| RECOMBINATE^ (PA)                         | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| RELEUKO^ (PA)                             | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos    |
| REMICADE^ (PA)                            | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria            |
| RETACRIT^ (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 DEPOT^ (PA)               | Agentes hormonales                                    |
| SEROSTIM (PA)                             | Agentes hormonales                                    |
| SIGNIFOR LAR^ (PA)                        | Agentes hormonales                                    |
| SILIQ (PA, QL)                            | Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria            |
| SIMPONI 100MG/ML (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         |
| TYMLOS (PA, QL)        | Productos para la osteoporosis                     |
| UDENYCA^ (PA)          | Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos |
| VOXZOGO (PA)           | Varios   |
| VYLEESI^ (PA, QL)      | Varios   |
| XOLAIR (PA)            | Asma/EPOC/condiciones respiratorias                |
| 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. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través de su proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de

pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.<sup>3</sup>
- 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

## Preguntas frecuentes (cont.)

abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

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

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el

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

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** 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 comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

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

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Sí.

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

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

**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 nutricional prenatal y derrame cerebral.

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

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta (Conozca los precios de

los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>4</sup>

**P. ¿Qué es el costo compartido?**

**R.** Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

**P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?**

**R.** Puede tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

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

**R.** Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.<sup>5</sup> Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

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

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>5</sup>

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

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



## Preguntas frecuentes (cont.)

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>5</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

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

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

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

**R.** Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>6</sup>

### **Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento**

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- El envío estándar no tiene costo adicional<sup>7</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>8</sup>
- Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

### **Estas son tres maneras sencillas de comenzar.**

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *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)<sup>8</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### **Accredo® para medicamentos de especialidad**

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).<sup>9</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

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

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite [Cigna.com/specialty](https://www.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](https://www.mycigna.com) para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>10</sup>

- medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son medicamento necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad,<sup>11</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>12</sup> o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser medicamento necesarios.

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

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
3. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
4. 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.
5. 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>.
6. 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.*
7. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. **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-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).



## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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